Rok XLIV. Kraków 13 Maja 1905. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Zastosowanie kąpieli borowinowych w leczeniu chorób serca.

Podał

Dr. Leopold Steinsberg,

lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

Zasada z jednej strony „oszczędzania“ a z drugiej „ćwiczenia“ serca stanowi myśl przewodnią w leczeniu chorób układu naczyniowego tak, iż chyba niema już dziś lekarza, któryby, lecząc sercowych chorych głównie kąpielami, nie uwzględniał obu tych czynników zasadniczych. Zbędnem jest rozszerzać się nad tą kwestyą. Wystarczy ogólnikowo wspomnieć, iż okres „oszczędzania“ cechuje się w warunkach do tego stworzonych obniżeniem funkcyi ustroju do *minimum*, co w dalszym ciągu, a mianowicie w następstwie oddziaływania fizykalnego doprowadza do wzmożenia tych czynności, a tem samem do okresu „ćwiczenia“. Określenie to odnosi się po pierwsze do ogólnego wpływu kąpieli z kw. węglowym na pobudzenie przemiany materyi i na wytwórczość sił wewnętrznych; powtóre do bezpośredniego ich działania na czynność serca, głównie drogą odruchowego podrażnienia nerwu błędnego. Oba te czynniki mają równie ważne znaczenie w leczeniu kąpielowem chorób serca. Uwzględniając więc odpowiednio do stanu chorego obie te zasady „oszczędzania“ i „ćwiczenia“, potrafimy głównie przez postępowanie powolne wpłynąć dodatnio na chore narządy i osiągnąć dobry wynik leczniczy.

Nie można zaprzeczyć, że także zabiegi wodolecznicze, ściśle dawkowane, wpływają częstokroć dobrze na choroby układu naczyniowego; jednakowoż niezbędne przy postępowaniu tem nacierania i natryski wzmagają pracę serca. Leczenia zaś kąpielami z kw. węglowym nosi w całej pełni cechę omówionych zasad. Kolebka tych kąpieli, to Nauheim; w ostatnich jednakże czasach stanął także Francensbad na czele tej terapii. Już w poprzednich mych pracach [1]) wykazałem, iż przyrządzanie i stopniowanie tych kąpieli naturalnych z kw. węglowym odbywa się z matematyczną ścisłością, przez co umożliwia się osiągnięcie niemi bardzo dosadnych wyników leczniczych; zdobyły one sobie już dotychczas zaufanie świata lekarskiego. Niebawem potrafią i inne zdrojowiska, posiadające szczawy alkaliczne, zużytkować je do przyrządzania ściśle dawkowanych kąpieli z kw. węglowym, a uwzględniając przytem i inne nieodzowne dla chorych sercowych czynniki lecznicze, głównie odpowiednie warunki terenowe, stworzyć nowe ogniska dla leczenia chorób serca. Czem się na zewnątrz uwydatnia działanie kąpieli z CO_2 i jaka ich swoistość, względnie ich wpływ dodatni na ustrój, a w szczególności na serce, znane jest dostatecznie. Są one w rękach ściśle śledzącego lekarza równie dobrym lekiem sercowym, jak inne najwięcej cenione środki tego rodzaju.

Na przeszłorocznym Zjeździe balneologów w Berlinie wspomniał Kisch w referacie swym o leczeniu chorób serca o nowej formie kąpielowej, którą w ostatnich czasach zalecają niektórzy autorowie, a wśród nich głównie Loebel, to jest „kąpieli borowinowych“. Na tem samem posiedzeniu uzasadnił Loebel [2]) ponownie to żądanie swoje, a niezależnie od niego i ja [3]) wygłosiłem obszerny odczyt, w którym także doszedłem do tych samych wniosków, podkreślając to nowe wskazanie dla kąpieli borowinowych. Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, iż nie chęć wprowadzenia czegoś nowego jest bodźcem dla obalenia dotychczasowego dogmatu, zabraniającego stosowania kąpieli borowinowych u sercowych chorych, a polegającego na rzekomej ich własności podnoszenia parcia krwi. Przeciwnie, — istnieją dotychczas spostrzeżenia wielu poważnych autorów, np. Stiflera, Senatora, Bascha i t. d., które ze względu na to, iż badacze ci prawie bezwyjątkowo znaleźli obniżenie ciśnienia, wielce przyczynić się mogą do opuszczenia dotychczasowego stanowiska o działaniu kąpieli borowinowych. To też reklamuję dla kąpieli tych to nowe wskazanie, podkreślając, iż stanowią one przy ścisłem dawkowaniu — tak samo, jak przy kąpielach z kw. węglowym — cenny środek leczniczy chorych sercowych.

W przeszłorocznym odczycie zestawiłem dokładnie wyniki doświadczeń i wykazałem, iż w francensbadzkich kąpielach borowinowych, głównie płynnych, lecz także i półgęstych, w temperaturach obojętnych wykazać można obniżenie parcia krwi z równoczesnem zwolnieniem tętna i oddychania i obniżeniem ciepłoty w odbytnicy. Zmiana w ciśnieniu krwi zależną była zawsze od wysokości jego przed kąpielą; obniżenie trwało o wiele dłużej w tych przypadkach, w których parcie krwi było przedtem wysokie. Te spostrzeżenia uwydatniają wyraźnie działanie „oszczędzające“ kąpieli borowinowych francensbadzkich o podanych własnościach; powtarzają się przy nich te same okoliczności, co i przy kąpielach z kw. węglowym i ich wpływ na obniżenie pracy serca. Rozpuszczone w borowinie sole działają jako podniety na skórę. Praca serca zwiększa się tylko przy pierwszem ich zadziałaniu, kiedy naczynia skórne się

[1]) Steinsberg: Leczenie chorób serca w Francensbadzie. (»Przegląd lekarski«, 1901, Nr. 1). — Tenże: Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie w »Kronice lekarskiej«, 1903, Warszawa.

[2]) Loebel: Die blutdruckreduzirenden Werte der Moorbäder.

[3]) Steinsberg: Die Wirkung der Franzensbader Moorbäder im Lichte der neuesten Forschungen. Vortrag am Balneologencongress, Berlin, 1903.

zwężają i z tego powodu zwiększa się przypływ krwi z obwodu ku sercu. W okresie tym uskarża się też wielu chorych na uczucie ciężaru na piersiach. Stan ten jednak mija natychmiast, skoro krew ponownie dopływa do rozszerzonych w międzyczasie naczyń obwodowych. W pierwszym okresie zadziałania kąpieli zwężają się naczynia, ciśnienie krwi się obniża, choć serce silniej pracować musi, aby objąć wtłoczoną krew. Dopiero z chwilą, gdy naczynia na obwodzie się rozszerzyły, — a zaczerwienienie skóry mogliśmy zawsze w kąpieli borowinowej stwierdzić, — podnosi się także ciśnienie krwi. Ciśnienie to jednak dowodzi, iż serce zużytkowuje lepiej swe siły przez zmniejszenie się oporów na obwodzie ciała. Obniżenie napięcia układu naczyniowego w skórze występuje jako oddziaływanie na poprzedzające zwężenie naczyń z powodu zadziałania bodźców chemicznych, złożonych w borowinie, jakoteż i mechanicznych, to jest cząstek borowiny samej (frottement). Tak więc obniżenie, jakoteż i podniesienie się parcia krwi, uważać musimy jako wyraz zasady „oszczędzania“. Analogia z działaniem kąpieli z kw. węglowym widoczna. Także równoczesne zmniejszenie się liczby tętna (n. błędny) i oddechów jest wyrazem omówionego postępowania zasadniczego. W całości więc widzimy, iż kąpiele borowinowe o własnościach wyżej nakreślonych są w stanie stworzyć warunki w myśl nakreślonych zasad i zadziałać korzystnie na pracę serca. W przeszłorocznej mej pracy omówiłem bardzo szeroko całą tę kwestyę tak, iż ponowne rozstrząsanie byłoby tylko powtórzeniem tego, co już wypowiedziałem.

Z punktu widzenia teoretycznego jasnem było, iż kąpiele borowinowe, właściwie i oględnie stosowane, stanowić mogą bardzo cenny czynnik leczniczy u sercowych chorych, szczególnie przy powikłaniu z cierpieniami, dla których te kąpiele oddawna są wskazane. Pozostało więc oświetlić sprawę tę z praktycznej strony i ustalić formy dawkowe dla tych kąpieli. To też rozpocząłem stosować kąpiele borowinowe u odpowiednich chorych, wykazujących różne cierpienia układu naczyniowego i serca, — jednakowoż z wszelką ogłędnością i pod ścisłą kontrolą tętna, ciśnienia krwi zapomocą najnowszego tonometru Gärtnera i t. d. Niebawem jednak ustąpiły wszelkie moje obawy, gdyż zawsze mogłem tylko zaznaczyć dobre wyniki. Nadmieniam, iż w $^2/_3$ tych przypadków stosowałem tylko płynne kąpiele borowinowe, w $^1/_3$ także półgęste o cieplocie od 25° do 29° R. najwyżej, najczęściej sięgające do wysokości brodawki piersiowej. Płynna taka kąpiel, nazwana na mój wniosek kąpielą normalną *[Normalbad (N)]*, ma każdorazowo ten sam skład i zawiera około 10 kubłów borowiny wysuszonej = 83 kg. (8·3 × 10). Kąpiel półgęsta, także w składzie zawsze jednolita, jest o 2 kubły borowiny zgęszczona kąpiel normalna ($N + 17 = 100$ kg); przyczem uwzględniam, aby wanny użyte miały zawsze tę samą pojemność, a borowina tę samą suchość. Prócz tego stosowałem także zaprowadzone przezemnie kąpiele borowinowe z kw. węglowym *(Kohlensäuremoorbäder)*. Są to kąpiele z CO_2 różnych typów, t. j. o różnej, jednakże zawsze tej samej zawartości kw. węglowego, sporządzone w wannie, mieszczącej pewną ilość równo na dnie rozprzestrzenionej borowiny (zazwyczaj $3^1/_2$ kubła = 29—30 kg.). Kąpiele tego rodzaju umożliwiają równoczesne i ilościowo ścisłe dawkowanie borowiny i kw. węglowego, zawartego w źródłach francensbadzkich. Półgęste kąpiele borowinowe rozcieńczałem wyłącznie wodą źródlaną, pozbawioną kw. węglowego.

Z krótkiego tego zarysu widać, jak liczne i różne typy osiągnięto tak dla czystych kąpieli borowinowych, jak borowinowych skombinowanych z CO_2, a miałem sposobność prawie całą tę skalę wypróbować i zastosować z bardzo dobrymi skutkami, przystosowując je do swoistych potrzeb leczonych chorych. Kąpieli borowinowych gęstych i ponad 30° R. nie stosowałem nigdy; ponad 29° R bardzo rzadko, jak niemniej nie dozwalałem nigdy na przyrządzanie kąpieli aż po szyję, tak ulubionych u publiczności. Kąpiele te nie mają własności kąpieli „oszczędzających“. Tak jak wszelkie inne zabiegi hipertermiczne, i one podniecają przemianę materyi, jednakże dzieje się to nie bez znacznych wysiłków dla ustroju. W ostatnich 2 latach miałem sposobność stosować kąpiele borowinowe o wyżej wymienionych cechach u 72 chorych sercowych. Jestto dość poważna liczba, jeśli uwzględnimy, iż lekarz kąpielowy nie posiada pełnego prawa dyspozycyi nad powierzonymi mu chorymi i trzeba było niejednokrotnie porozumiewać się z ordynaryuszem. Na tem miejscu składam też wszystkim PP. Kolegom, którzy mię poparli w mej pracy, serdeczne podziękowanie. Częstokroć chorzy sami proponowali stososowanie borowiny, by, jak się wyrażali, „skutecznie wpłynąć na towarzyszące cierpienia gośćcowe“.

Dla krótkości ograniczam się tutaj tylko do ogólnikowego przedstawienia leczonych chorych sercowych. Stosowałem kąpiele borowinowe u chorych ze zmianami w narządzie zastawkowym serca, szczególnie w niedomykalności zastawek dwudzielnych i zwężeniu ujścia żylnego, w niedomykalności zastawek aorty; poddałem temu leczeniu przypadki otłuszczenia serca, nerwice serca, nerwowe kołatanie serca (w jednym przypadku wskutek nadużycia tytoniu z nerwicami w stawach); dalej w niewydolności mięśnia sercowego, zapaleniu mięśnia sercowego (w 2 razach powikłane z mięśniakami macicy), dwa przypadki rozszerzenia serca (*dilatative Herzschwäche* — Martius), zwapnienia aorty, serca, początkowego okresu ogólnego stwardnienia tętnic. Niektóre przypadki odznaczały się większym lub mniejszym brakiem wyrównania z towarzyszącymi objawami podmiotowymi, jak dusznica, obrzęki i t. d. U wszystkich 72 chorych stosowałem kąpiele borowinowe (najwyższa liczba wynosiła 20, najniższa 2), bądź wyłącznie, bądź też na przemian z kąpielami z kw. węglowym. Chorzy znosili ten sposób leczenia bardzo dobrze i tylko w 3 przypadkach musiałem ich zaprzestać. Osiągnięte wyniki uwydatniały się z dnia na dzień w znacznej poprawie ogólnej, poprawie przedmiotowego stanu i podmiotowych dolegliwości chorego. Pokrótce przytaczam niektóre przypadki. O wszystkich zdałem sprawę na przeszłorocznym Zjeździe balneologów w Abbazyi[4]).

J. R. z B.: Zwyrodnienie mięśnia sercowego. Rozszerzenie serca, mięśniaki macicy, miesiączka krwotokowa. 4 kąpiele z CO_2, 18 borowinowych różnych typów. Chora zniosła te ostatnie lepiej, niż poprzednie. Lekka niemiarowość tętna ustąpiła, ciśnienie krwi obniżyło się z 130 do 120 Krwotoki miesiączkowe nie wystąpiły (6 tygodniowe leczenie).

R. R. z O.: Niedokrewność. Niedomykalność zastawek i zwężenie ujścia żylnego w okresie niewyrównania. Granice serca od środka mostka na szerokość palca poza linię sutkową; szmer skurczowy i roz-

[4]) Steinsberg: Moorbäder als Schonungs- und Uebungstherapie. Congress, Abbazia, 1904.

kurczowy, brak wyrównania. 13 CO_2, 3 kąp. borowin. Rozmiary prawej połowy serca prawidłowe, nastąpiło zupełne wyrównanie.

A. G. z *G.*: Niedokrewność, nerwica stawów, kołatanie serca z nadużywania tytoniu, dusznica bolesna. 12 kąp. borowin. Bole w stawach znacznie zmniejszyły się; pod koniec leczenia częste bicie serca i dusznica bolesna ustąpiły. Redukcya palenia tytoniu.

H. G. z *O.*: Niedomykalność zastawki dwukończystej z rozszerzeniem serca, lekki stopień niewyrównania, obrzęk kostek, tętno 84. W 3 tygod. 5 kąp. z kw. węglowym, 8 borowinowych (26—28° R. płynne, półwysokie, 15′ trwające). Rozszerzenie serca ustąpiło, tak samo obrzęk na nogach, tętno spadło na 72, tonometr pod koniec 110. Rwa międzyżebrowa, leczona równocześnie okładami z gorącej borowiny, również uległa poprawie.

C. K. z *K.*: Niedokrewność. Niedomoga mięśnia sercowego, zapalenie błony wewn. aorty. 15 kąp. z CO_2 — 8 borow. Niedomoga serca usunięta.

M. B. z *J.*, 65 let.: Zwyrodnienie mięśnia sercowego. Miażdżyca tętnic. 10 CO_2—10 kąp. borow. płynnych, półwys. 27—28° R. 15—20′; ciśnienie krwi spadło z 140 do 120; białka brak. Tętno regularne, 72; brak napadów dusznicowych.

E. Ch. z *J.*: Zapalenie mięśnia sercowego. Dusznica bolesna. Mięśniaki macicy. 21 kąp. borowinowych; pod koniec ton. = 120, tętno 78, napady dusznicy ustąpiły. Pacyentka powtórzyła poraz wtóry to samo leczenie kąpielowe, mimo, iż ubiegłej zimy żadnych nie doznawała dolegliwości. Zwyrodnienie mięśnia sercowego często występuje u kobiet cierpiących na mięśniaki macicy i trudno orzec, czy istnieje jaki związek przyczynowy między oboma temi schorzeniami. Przypadki takie nadają się wyśmienicie do leczenia kąpielami borowinowemi. Także przebieg u następnych chorych był bardzo dobry.

S. Ch. z *Z.*: Niedokrewność. Niepłodność. Tyłozgięcie macicy. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego — wyrównane. 7 CO_2—20 kąp. borowin. o różnych typach.

R. M. z *W.*: Zwyrodnienie m. sercowego. Dusznica bolesna, bezsenność. Szmer skurczowy. 8 kąpiel. CO_2—9 borowinowych. Znaczna poprawa.

H. W. z *P.*: Niedokrewność. Skaza moczowa. Szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, tony drugie nasilone. Miażdżyca tętnic. 12 CO_2, i 10 borowinowych. Pod koniec ton skurczowy czysty, dolegliwości ustąpiły.

A. D. z *W.*: Niedokrewność. Nerwowość w wieku przekwitania. Osłabienie serca bez szmeru. 14 kąp. z CO_2—6 borowin. Ogólne wzmocnienie, przypadłości ze strony serca ustąpiły.

R. G. z *R.*: Niedokrewność, osłabienie, miażdżyca tętnic, zapal. mięśnia sercowego. Tętno 54, twarde, zawroty głowy, dusznica. 11 kąp. z CO_2—4 borowin. 27° R.; 12′, półwysokie. Przypadłości ustąpiły, ciśnienie krwi 120, przyrost na wadze.

M. O. z *B.*: Niedokrewność, niedomykal. zastawki dwukończystej wyrównana. Skaza moczanowa. 11 kąp. borow., 6 stalowych; te ostatnie zniosła źle. Przyrost na wadze $1^1/_2$ kg.

B. S. z *P.*: Niedokrewność, zapal. mięśnia sercowego, zapalenie przewlekłe macicy i zapal. przymaciczne. 12 kąp. borowin., 2 stal. Pod koniec leczenia tony serca czyste.

M. B. z *J.*: Skaza moczanowa. Niedomykal. zast. dwukończystej z następowem rozszerzeniem serca pr. 17 CO_2—6 kąp. borowin. płynnych. Granica serca prawidłowa.

M. W. z *K.*: Niedokrewność. Zdenerwowanie, kamica żółciowa. Osłabienie serca. 13 kąpiel. z CO_2—10 borowinowych. Serce czynnościowo wzmocnione.

S. W. z *S.*: Niedokrewność. Niedomykal. zast. dwukończystej w okresie lekkiego niewyrównania. Tyłozgięcie ustalone macicy. Opadnięcie trzew. 14 CO_2—9 kąp. borow. Przypadłości ze strony serca i obrzęki kostek ustąpiły.

S. P. z *L.*: Niedokrewność. Nerwica serca. Chora nie zniosła kąpieli z kw. węglow. i żelazistych, natomiast zniosła doskonale kąp. borowinowe. Przypadłości znacznie się zmniejszyły.

S. W. z *M.*: Wczesne przekwitanie. Otyłość ogólna. Otłuszczenie serca. 10 kąp. borow. 13 CO_2; pod koniec leczenia utrata na wadze, tony serca czyste.

H. S. z *N.*: Niedokrewność, osłabienie, tony nad zastawką aorty nieczyste. Przerost lewego serca. 10 kąp. borowin. — 10 CO_2. Przyrost na wadze $3^1/_2$ k. w ciągu 3 tygodni.

Wobec tak korzystnego działania kąpieli borowinowych na układ naczyniowo-sercowy, trudno nie przemawiać za zastosowaniem ich w leczeniu tych chorób, zwłaszcza gdy jeszcze i z innej strony zachodzi wskazanie do stosowania leczenia borowiną. Podkreślić jednak należy, iż wyniki dobre osiągnąć można, jak to już zaznaczyłem, tylko przy bardzo ścisłem dawkowaniu tych kąpieli co do gęstości, względnie ilości borowiny, ciepłoty, ewent. przy skombinowanem leczeniu — co do zawartości kwasu węglowego. Bezładnem stosowaniem tych kąpieli, przy jednoczesnem omijaniu bezustannego kontrolowania chorego, zazwyczaj tylko przyniesiemy mu szkodę, a rzadko pomożemy. Nadmienić jednak muszę, iż w wielu przypadkach chorzy sercowi lepiej znosili wyżej omówione kąpiele borowinowe, niż kąpiele z większą zawartością kw. węglowego. Doszedłem także do wyniku, iż płynne, tak zw. obojętne, kąpiele borowinowe nadają się zazwyczaj lepiej na wstępie leczenia kąpielowego u sercowych chorych, niż używane w tym okresie kąpiele solankowe. Podnietę chemiczną, wywołaną przez sól kuchenną, zastępują tutaj sole borowinowe łącznie z mechanicznym wpływem cząstek borowiny. Z drugiej zaś strony przekonałem się, iż skombinowane kąpiele borowinowe z kw. węgl. (*Kohlensäuremoorbäder*), przygotowane z wody źródlanej o wielkiej zawartości CO_2, oddziaływują już i przy ciepłocie obojętnej bardzo energicznie na powłoki zewnętrzne; pod tym względem przewyższają one w wysokim stopniu czystą kąpiel z kw. węglowego, a nawet i wirową (*Strombad*). Taka kąpiel borowinowa z kw. węglowym już bezpośrednio po przygotowaniu pieni się gwałtownie i perli z powodu silnej wymiany gazów, szczególnie kw. węglowego, prócz tego lotnych kw. organicznych i t. d. Stosowanie tych kąpieli oznacza zabieg najsilniejszy w terapii „ćwiczenia“ serca.

Żywię nadzieję, iż zakorzenione w świecie lekarskim mniemanie o ujemnym wpływie kąpieli borowinowych na układ naczyniowy i wynikające z tego przeciwwskazanie stosowania ich u chorych sercowych, rychło ustąpi. Koledzy, mający w zdrojowiskach sposobność leczenia borowiną, dojdą do tych samych wyników, jeśli zastosują ją w podanej przezemnie formie. Kąpiele takie nietylko że nigdy nie przyniosą szkody choremu, lecz wprost odwrotnie okażą się niebawem jako cenny czynnik leczniczy w chorobach serca, dostosowany do istniejących już zabiegów kąpielowych, a głównie kąpieli z kwasem węglowym.

II. Z zakładu higieny Uniw. Jag. pod dyrekcyą Prof. O. Bujwida.

Pogląd na naukę o wściekliźnie.

Napisał

R. Nitsch, asystent Zakładu.

(Ciąg dalszy).

Już Pasteur poszukiwał zarazka wścieklizny. Po nim wielka liczba uczonych opisywała różne drobnoustroje, jako przyczynę tej choroby. Nie będę tu przedstawiać historyi tych poszukiwań: nie mijał ani jeden rok, żeby jeden lub kilku autorów nie ogłosiło czegoś w tej kwestyi. Opisywano

i różne bakterye i drożdże i pierwotniaki: wszystko to jednak okazywało się błędnem. Sceptycyzm ogarnął w końcu wszystkich: nic więc dziwnego, że gdy w r. 1903 ogłosił Negri wyniki swoich badań nad etyologią wścieklizny, spotkał się z ogólnem powątpiewaniem, które dotąd trwa, jakkolwiek w ojczyźnie Negriego już liczni włoscy autorowie ogłosili badania, przemawiające na korzyść tego odkrycia. Odkrycie to polega na wykazaniu w komórkach nerwowych ośrodkowego układu nerwowego tworów bardzo różnej wielkości od 1 μ i znacznie jeszcze mniejszych aż do 20 kilku μ [1]) średnicy mających. Kształt tych tworów, przeważnie owalny, może jednak być i okrągły i różnokształtny, nieregularny.

Umiejscowienie ich jest głównie w komórkach nerwowych i to przeważnie w rogu Amona: w mniejszej ilości i nie tak stale znajdują się one w komórkach kory mózgowej, móżdżku, rdzenia przedłużonego i reszty rdzenia, także w zwojach międzykręgowych i w zwoju Gassera. Leżą zaś w protoplazmie komórek nerwowych. W jednej komórce może znajdować się jeden lub kilka tworów różnej wielkości i kształtu. Opisane twory nie są też bezpostaciowe: owszem, w ich wnętrzu mieszczą się kuliste ciałka różnej wielkości, barwiące się niekiedy niebiesko (metodą Manna), podczas gdy reszta tworu barwi się czerwono. Ilość kuleczek we wnętrzu tworu zależy od wielkości tegoż. Może ich być kilkanaście, kilka lub w najmniejszych jedna tylko. Twory te widzieć można w skrawkach, barwionych metodą Manna, płynem Biondiego, safraniną, hematoksyliną i wielu innymi sposobami, a nawet widzieć je można i rozpoznać wyraźnie ich budowę (według Negriego) w świeżych preparatach z mózgu, jeżeli się cząstkę tegoż rozpostrze igiełkami w słabym roztworze kwasu octowego.

Takim byłby w krótkości opis tworów, które Negri uważa za przyczynę wścieklizny. Dodać należy, że twory te spotyka się wyłącznie we wściekliźnie ulicznej, jeżeli śmierć zwierzęcia nastąpiła nie wcześniej, jak 13 dnia po zakażeniu. Ponieważ zaś śmierć zwierząt zaszczepionych zarazkiem stałym następuje już po 8 do 9 dniach, przeto u nich nie udało się Negriemu wykryć owych tworów. Negri badał w tym względzie blizko 90 zwierząt wściekłych lub podejrzanych o wściekliznę, a celem kontroli wykonywał zawsze Pasteurowską próbę biologiczną, szczepiąc badanym mózgiem królika podoponowo. Okazało się, że bez wyjątku zachodzi zupełna zgodność między owymi dwoma sposobami dyagnostycznymi. W przypadkach, gdzie Negri mógł wykazać swoje twory, i próba Pasteurowska (biologiczna) wypadła dodatnio. I na odwrót. Jest to znaczny postęp w porównaniu z metodą biologiczną. Na wynik ostatniej trzeba czekać przynajmniej 2—3 tygodni, podczas gdy Negri mógł wykazać swoje twory już 2-go dnia, a nawet, jeżeli się użyje do badania świeżego niezabarwionego materyału, można mieć wynik za kilka minut. Oczywiście tylko dodatni wynik badania rozstrzyga, bo twory Negriego mogą być bardzo nieliczne tak, że bardzo trudno je odnaleźć: w takich razach potrzebną będzie zawsze próba biologiczna.

Badania Negriego potwierdzili Celli i de Blassi, Daddi, Bertarelli i Volpino, D'Amato, Luzzani i Macchi, Abba i Bormans. Autorowie ci zbadali kilkaset zwierząt z dodatnim wynikiem. Bertarelli badał wpływ różnych czynników na ciałka Negriego, jak n. p. gnicia, wysuszania, podwyższonej ciepłoty, gliceryny, wody i t. p. i wykazał, że dopóki pod wpływem tych czynników ciałka Negriego nie zmieniają swego kształtu i budowy, dopóty trwa też zakaźność badanego mózgu. Jeżeli zaś ciałka Negriego zostaną zniszczone lub bardzo zmienione, to i zakaźność ginie.

Na podstawie tych dość rozległych badań można twierdzić, że odkrycie Negriego ma wielkie znaczenie dla poznania przyczyny wścieklizny. Niektórzy z przytoczonych autorów sądzą, że ciałka Negriego są tylko produktem drobnoustrojów wścieklizny, niejako ich otoczką, powstałą w komórce nerwowej pod wpływem obecności w niej pasorzyta. Same drobnoustroje mają być maleńkimi tworami we wnętrzu ciałek Negriego (Volpino).

Ciekawem jest, że dotąd wyłącznie włoscy autorowie potwierdzili odkrycie swego ziomka: żaden badacz innej narodowości nie odezwał się dotąd w tej sprawie, jeżeli nie wspomnieć o Schüderze z Berlina, który odmówił znaczenia temu odkryciu na tej podstawie, że zarazek wścieklizny przechodzi przez niektóre sączki (filtry) bakteryologiczne. Wykazano jednak potem, że Schüder nie miał słuszności.

Prócz odkrycia Negriego, które stanowi bezwątpienia najważniejszą zdobycz ostatnich lat w nauce o wściekliźnie, przyniosły nam czasy po Pasteurowskie szereg innych odkryć, które posiadają wprawdzie mniejsze znaczenie, jednak nie można ich pomijać milczeniem. I tak w ośrodkowym układzie nerwowym opisał przed kilkunastu laty Babes skupianie się ciałek białych naokoło komórek rdzenia i naokoło naczyń i nazwał tę zmianę „guzkami wścieklizny“ (*nodules rabiques*). Van Gehuchten opisał zniszczenie komórek nerwowych zwojów międzykręgowych pod wpływem neurofagów. Potem wykazano, że zmiany te nie są ściśle specyficzne, że napotyka się je też n. p. u zwierząt starych lub padłych wskutek innych chorób. Obecnie odkrycie Negriego usunęło je całkowicie na dalszy plan.

Prócz tych zmian w układzie nerwowym odkryli w ostatnich latach francuscy autorowie zmiany we krwi, w moczu i w mięśniach zwierząt i ludzi, zmarłych na wściekliznę. We krwi wykazano stałą znaczną leukocytozę, występującą w ostatnim okresie choroby, przyczem wzrasta głównie liczba neutrofilów. Leukocytoza ta jest tak stałą, że brak jej wyklucza wściekliznę (Courmont i Lesieur). Powinno to być dla weterynarzy bardzo pewną wskazówką przy sekcyi.

W moczu wykazano u zwierząt roślinożernych stałą obecność cukru tak, że brak cukru dowodzi, że zwierzę nie zginęło na wściekliznę. U zwierząt mięsożernych cukier w moczu jest objawem częstym, ale nie tak stałym, jak u roślinożernych (Rabieaux i Nicolas). I to odkrycie powinno być również dla weterynarzy pożyteczną wskazówką. Również i w doświadczeniach nad wścieklizną, które wykonuje się przeważnie na zwierzętach roślinożernych, jest to odkrycie bardzo pomocniczym czynnikiem pewnego rozpoznania.

Wreszcie i w mięśniach królików wykazano stałe zmiany pod wpływem wścieklizny (Alezais i Bricka).

[1]) μ (mikron) = $^1/_{1000}$ mm.

Z polskich autorów opisał Elzenberg zmiany anatomiczne w śliniankach zwierząt wściekłych, a Orłowski zmiany w komórkach nerwowych rogów przednich.

W ostatnim roku przeprowadzono w krakowskim Zakładzie higieny badania nad wścieklizną, które tu w krótkich słowach opiszę [2]).

W doświadczeniach tych zastosowano prostą metodę, dotąd nigdzie nie używaną. Mianowicie odważano dokładnie na analitycznej chemicznej wadze cząsteczki mózgu lub rdzenia zwierząt padłych na wściekliznę, następnie rozcieńczano je roztworem fizyologicznym soli kuchennej w pewnym ściśle określonym stosunku (n. p. 1 : 100, 1 : 200, 1 : 1000, 1 : 5000 i t. d.); rozcieńczenie takie przesączano przez jałową bibułę (by usunąć większe kłaczki, mogące zawierać nieobliczalne ilości zarazka) i po przesączeniu zaszczepiano pod oponę zwierząt zapomocą kalibrowanej strzykawki pewną ściśle określoną ilość takiego rozcieńczenia (n. p. 0,1, 0,5, 1 cm.^{3} i t. d.). Innymi słowy wprowadzono do doświadczeń ściśle dawkowanie materyału i szczepiono dokładnie n. p. 5 mg, 1 mg, 0,1 mg, 0,01 mg i t. d. substancyi nerwowej i obserwowano wpływ takich ściśle określonych dawek na ustrój zwierzęcy.

Jak już wspomniałem, dotąd nigdzie nie stosowano tej metody i badania przeprowadzano zawsze w ten sposób, że wycinano kawałek nie odważony mózgu lub rdzenia, rozcieńczonego w nieoznaczonej ilości wody lub bulionu i takiej zawiesiny szczepiono również dowolną ilość zwierzęciu. Oczywiście, nie miano nigdy pojęcia o tem, jak wielką dawkę zaszczepiono. I Pasteur poczynił swoje odkrycie tą niedokładną metodą.

Wprowadzenie owej ścisłej metody odwdzięczyło się w krótkim czasie. Zaraz na początku badań zauważono, że rdzeń posiada mniejszą jadowitość, niż móżdżek, a móżdżek mniejszą niż mózg. Wykazano, że najbardziej jadowitą częścią rdzenia jest rdzeń przedłużony, ale że jadowitość rdzenia przedłużonego jest również mniejszą, niż jadowitość mózgu. W różnych częściach mózgu wykazano również różną jadowitość: najjadowitszymi okazały się górne części płatów czołowych i dolne części płatów skroniowych. Pomału zwrócono uwagę na różnicę w jadowitości substancyi szarej i białej ośrodkowego układu nerwowego. W końcu udało się udowodnić, że substancya biała mózgu i rdzenia jest kilkaset razy mniej jadowitą, niż substancya szara kory mózgowej. Z tego wyciągnięto wniosek, że właściwą siedzibą zarazków wścieklizny jest szara substancya mózgu i rdzenia, a w tej szarej substancyi mogą oczywiście wyłącznie komórki nerwowe być tą siedzibą zarazka. Jak widzimy, ten wniosek ostateczny zgadza się zupełnie z odkryciem Negriego. Również w nerwach obwodowych wykazano zarazek wścieklizny, ale w ilości co najmniej kilkaset razy mniejszej, niż w szarej substancyi mózgu.

W dalszym ciągu badań okazało się, że po śmierci zwierzęcia zarazek przenika ze substancyi szarej do białej tak, że po kilkudziesięciu godzinach następuje prawie wyrównanie ilości zarazka w obu substancyach. Prawdopodobnie to przenikanie zarazka wścieklizny po śmierci odbywa się nietylko do białej substancyi, ale i do innych otaczających tkanek; stąd tłómaczą się podania dawniejszych autorów, że prawie we wszystkich tkankach i narządach ustroju udawało się nieraz wykazać zarazek wścieklizny. To przenikanie zarazka wścieklizny ze substancyi szarej do białej odbywa się raz szybciej, raz wolniej; raz łatwiej, raz trudniej. Ścisłych prawideł nie udało się tutaj wykryć: zdołano tylko wykazać, że mniej więcej równorzędnie ze zwiększaniem się po śmierci jadowitości substancyi białej, zmniejsza się jadowitość substancyi szarej.

Tak więc w porównaniu z odkryciami Pasteura i późniejszych autorów badania te wykazują pewien postęp. Pasteur przypuszczał, że zarazek wścieklizny rozmieszczony jest mniej więcej jednostajnie w całym ośrodkowym układzie nerwowym, że jednak posiada szczególne powinowactwo do rdzenia przedłużonego. Ta opinia utrzymała się aż dotąd i dlatego we wszystkich szczepieniach dyagnostycznych szczepiono przeważnie rdzeń przedłużony podejrzanego zwierzęcia, przypuszczając, że tam głównie mieści się zarazek wścieklizny. Teraz wiemy, że zarazek wścieklizny posiada szczególne powinowactwo do komórek nerwowych i na podstawie tego faktu wypowiedzieć można przypuszczenie, że gdziekolwiek w ustroju znajdują się komórki nerwowe, tam też wykazać się da i zarazek wścieklizny.

O przenikaniu zarazka po śmierci zwierzęcia w inne tkanki Pasteur nic jeszcze nie wiedział i po nim przez długie lata nikt na to uwagi nie zwrócił. Dopiero w ostatnich miesiącach przed ogłoszeniem opisanych doświadczeń wypowiedzieli niektórzy autorowie to przypuszczenie (Bordoni Uffreduzzi, Remlinger). Jak widzimy, udało się przypuszczenie to teraz ściśle udowodnić.

Dalsze badania, wykonane opisaną metodą, udowodniły jadowitość prawie bajeczną kory mózgowej zwierząt wściekłych. Wykazano, że szara substancya z górnych części płatów czołowych, wzięta ze zwierzęcia dobitego w ostatnich godzinach życia i potem zaszczepiona podoponowo, wywołuje na pewne śmierć królików, 1—2 kg. ważących, w ilości 0,001 mg., czyli $^1/_{1.000.000}$ części grama. To znaczy 10 mg. tej substancyi trzeba rozcieńczyć w litrze wody (czyli 100.000 razy) i z tego rozcieńczenia zaszczepić 0,1 cm^3. Jest to wynik, przewyższający najśmielsze oczekiwania. Dość przypomnieć, że Högyes twierdził, że rozcieńczenie mózgu 1 : 10,000 już nigdy zwierzęcia nie zabija, — a rozcieńczenie 1 : 5000 zabija nie stale. Tymczasem wykazano, że rozcieńczenie 20 razy większe zabija stale już w ilości 0,1 cm^3. Co więcej, nawet 0,0002 mg., t. j. $^1/_5$ milionowa gm. może być śmiertelną dawką.

Prócz tych doświadczeń nad umiejscowieniem, zmianami po śmierci i siłą zarazka próbowano też szczepić myszy do mózgu wścieklizną. Badania dały wynik dodatni. Niedawno przedtem ogłosił też Remlinger dodatnie wyniki szczepienia wścieklizny myszom i szczurom podskórnie i do mięśni. Te doświadczenia mają też znaczenie praktyczne. Potwierdzają one fakt, oddawna już przypuszczany, że wścieklizna w naturze szerzyć się może za pośrednictwem tych zwierząt. W ten sposób dadzą się wytłómaczyć zagadkowe na pozór przypadki wybuchu wścieklizny u zwierząt, które jakoby nigdy nie stykały się ze zwierzętami chorymi. Do dziś dnia bowiem nawet u wielu wykształco-

[2]) Dokładny opis doświadczeń znajduje się w „Rozprawach krakowskiej Akademii Umiej.“ (Lipiec i grudzień 1904).

nych ludzi istnieje przekonanie, że wścieklizna powstać może samoistnie (z powodu upałów, gorących pokarmów, wstrzymania popędu płciowego i t. p.)[3]. (Dok. nast.)

* * *

III. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. H. Vincent. **O częstości zapaleń gardła, wywołanych prątkami krętymi i wrzecionowatymi.** (*La Presse medicale* 1905. Nr. 25). Zapalenia gardła tego rodzaju są dość rozpowszechnione, począwszy od wieku dziecięcego do 35-go roku życia i nie omijają żadnego zawodu. Bywają nierzadkie u studentów, pracujących w prosektoryach i zdarzają się u różnych ras ludzkich, n. p. u murzynów. Na 221 rozmaitych zapaleń gardła, badanych bakteryologicznie przez autora, stosunek odsetkowy przedstawiał się jak następuje:

Zapalenie gardła błonicze	5·88	prc.
„ na tle prątków krętych i wrzecionowatych	2·26	„
„ na tle paciorkowców	42·98	„
„ „ „ gronkowców	25·79	„
„ „ „ pneumokoków	4·07	„
„ „ „ prątków obręźnicy	0·09	„
„ „ „ „ Friedländera	0·47	„
„ „ „ bakteryi mieszanych lub nieoznaczonych	17·64	„

Stosunek odsetkowy 2·26 wskazuje na stosunkową pospolitość tego cierpienia. Zestawienie powyższe odnosi się do chorych w wieku 20—25 lat. Według Marfana u dzieci pojawia się cierpienie gardła na tle prątków krętych i wrzecionowatych w stosunku 1:100 do innych cierpień gardła. *Dr. Blassberg.*

OKULISTYKA. Truc. **Maska na usta operatora w chirurgii okulistycznej.** (*Revue générale d'Ophtalmalogie*, 1905, Nr. 3). Przy operacyach ocznych, zwłaszcza przy operacyi zaćmy, coraz częściej zaczynają okuliści używać gazowej maski na usta dla zapobieżenia zakażeniu rany kropelkami śliny. Zauważyć należy, że operator zmuszony jest nieraz w czasie operacyi mówić do operowanego, wzywać go do spokoju, dawać polecenia, jak oko ma być zwrócone i t. d. Jeszcze większe niebezpieczeństwo zachodzi, gdy operujący równocześnie wykłada. Autor wykonał doświadczenia bakteryologiczne z płytkami Petriego i przekonał się, że na płytkach, „do których“ mówił bez maski, wyrosło przeszło 2 razy tyle kolonii, niż tych, przy których użył zasłony z podwójnie złożonej gazy wyjałowionej. Truc poleca ramki metalowe, opatrzone nóżkami, które zakłada się na uszy podobnie, jak nóżki okularów. Na ramkach rozpięta jest gaza w oddaleniu 1 cm. od ust. *K. W. Majewski.*

Dr. O. Rosenbach. **O objawach ocznych, zależnych od schorzeń nerwu błędnego.** (*Wiener med. Wochschr.* Nr. 13, 28 marca, 1905). Zez ku górze może spowodować objawy dychawicy i na odwrót. Zjawia się obrzęk spojówki powiekowej i spojówki gałki ocznej, tętnica skroniowa powierzchowna wypełnia się nadmiernie krwią, czemu częstokroć towarzyszą bicie serca i zaburzenia żołądkowe. Wszystkie te objawy mogą być albo pierwotne, t. j. zależne od choroby nerwu błędnego, lub też mogą być one wszystkie zależne od nieprawidłowego ustawienia gałek ocznych. W pierwszym wypadku wystarczy znieczulić spojówkę, by choroba ustąpiła; w drugim zaś należy szukać przyczyny ogólnej, którą jest częstokroć krwistość (plethora), a wówczas należy odpowiednią dyetą zwalczać to cierpienie. Przy dokładnem badaniu wykryć można niejednokrotnie punkty bolesne w nosie, a mianowicie na zewnętrznej części dolnej muszli nosowej. Zupełnie te same objawy towarzyszą częstokroć wstępnemu okresowi połowiczego bólu głowy. Wedle doświadczenia autora można napad cały przerwać przez kilkakrotne silne kichanie. Co do wspomnianego poprzednio zaczerwienienia spojówki, to częściej napotyka się je po zewnętrznej stronie powiek, niż po wewnętrznej, częściej na powiece górnej, niż na dolnej. *Dr. Liebermann.*

Dr. Flatau. **O ustępowaniu tarczy zastoinowej w przebiegu nowotworów mózgowych.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 14, 4 kwietnia 1905). Dziewczyna 16-letnia zachorowała wśród objawów duru brzusznego: cierpiała na uporczywe bóle głowy i wymioty przy równoczesnej wysokiej gorączce. Mimo dwumiesięcznego leczenia bóle głowy nie ustąpiły, a nadto zjawiły się jeszcze częste omdlenia. Przy badaniu dna oka stwierdzono obustronną tarczę zastoinową i liczne duże wybroczyny. Chora zażywała kalomel, a nadto wobec objawów znacznie wzmożonego parcia śródczaszkowego wykonano kilkakrotnie nakłucie lędźwiowe. Bezpośrednio po każdym takim zabiegu bóle głowy zmniejszały się, lecz stan oczu pogarszał się. Mimo to po pewnym czasie chora znów poczęła dobrze widzieć, wszelkie objawy zastoju w dnie oka ustąpiły, czuła się ona wogóle lepiej i jako uleczoną wypuszczono ją z lecznicy. Po 2 miesiącach względnego zdrowia chora znów się zgłasza z prośbą o przyjęcie, podając, iż bóle głowy wróciły, a dnia poprzedniego przy pracy zemdlała. Na dnie oka stwierdzono teraz zastoinę z wybroczynami po po raz wtóry. Stosowano to samo leczenie, co poprzednio. W kilka dni chora nagle umiera. Sekcya wykazała nowotwór usadowiony w lewym móżdżku. Chwilową poprawę w stanie oczu przypisuje autor nakłuciom lędźwiowym, które przez upust pewnej ilości cieczy mózgowo-rdzeniowej zmniejszyły parcie śródczaszkowe. *Dr. Liebermann.*

PEDYATRYA. Misch. **Przyczynek do poznania okresowych wymiotów w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, T. 61, marzec, 1905). Cztery własne przypadki. Choroba objawia się napadami, połączonymi z gorączką, silnie obłożonym językiem, nieżytowem zapaleniem gardła, zapachem acetonowym z ust, znaczną zawartością acetonu w moczu, skąpem moczeniem, zupełnym brakiem łaknienia. Wymioty w jednych napadach u tego samego chorego występują na plan pierwszy, w innych zupełnie się nie pojawiają. W narządach wewnętrznych żadnych zmian. Obraz ten wytwarza się zwykle u dzieci bladych, słabowitych, nerwowych. Napady są niekiedy w związku z błędami dyetetycznymi. Sprawę należy pojmować jako zaburzenie żołądkowo-kiszkowe głębsze u dzieci nerwowych, z zaburzeniem w przemianie pierwiastków, mianowicie głodem węglowodanowym, czego objawem byłoby znaczne wytwarzanie acetonu. *Lewkowicz.*

Meyer. **O acetonuryi w chorobach zakaźnych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, marzec, 1906). Autorowi chodziło o sprawdzenie podania Blumenthala, który chciał wyzyskać acetonuryę do odróżnienia zwykłego zapalenia gardła od błonicy. Przy pierwszem acetonurya miała być częstą, przy drugiej się nie zdarzać. Wyniki badań autora wykazują, że aceton, kwas dwuoctowy i oksymasłowy zdarzają się w moczu często w chorobach zakaźnych u dzieci. Stwierdzenie tych ciał nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, zdarza się bowiem równie często w błonicy, płonicy, odrze, zapaleniu gardła wrzodliwem i zwykłem. Pojawienie się ciał acetonowych należy tłómaczyć głodem węglowodanowym, głównie skutkiem zastosowanej ścisłej dyety, to też ustępuje ono po podaniu większej ilości (100—200 gr.) cukru. W ten sposób wyniki autora potwierdzają zapatrywanie Hirschfelda o powstawaniu acetonuryi. Głód węglowodanowy zmusza ustrój do większego zużytkowania tłuszczów, przyczem powstają wspomniane ciała. Choroby gorączkowe mogą wpływać na acetonuryę tylko pośrednio przez upośledzenie zużytkowania węglowodanów, podobnie jak to w wyższym stopniu spostrzegamy w cukrzycy. *Lewkowicz.*

Langstein i Meyer. **Acydoza w wieku dziecięcym.** I. doniesienie: **Acydoza starszego dziecka.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, marzec, 1905). Pod acydozą (*acidosis*) w pojęciu Neumana rozumie się nadmierne wytwarzanie kwasów organicznych w ustroju, przedewszystkiem t. zw. ciał acetonowych, acetonu, kwasu dwuoctowego i kwasu oksymasłowego. Autor przeprowadził doświadczenia na 6 dzieciach w wieku między 6—14 rokiem. Przez stosowanie dyety białkowo-tłuszczowej z wykluczeniem węglowodanów osięga się wybitną acydozę, co się uwydatnia znacznem wzmożeniem wydzielania acetonu w moczu, pojawieniem się tamże kwasu dwuoctowego i oksymasłowego, jakoteż wydzieleniem obfitem acetonu z powietrzem wydychanem. Ilości bezwzględne acetonu w moczu są niższe, niż u dorosłych; jednak w stosunku do ciężaru ciała wyższe u dzieci, przytem acetonurya tem szybciej występuje i tem wybitniej, im młodsze dziecko. U dzieci młodszych główna ilość acetonu wydziela się przytem drogą płuc i ta część przerasta znacznie ilości, napotykane u dorosłych tak, że ogólna ilość acetonu, którą młodsze dziecko przy głodzie węglowodanowym wydziela, jest wyższą, niż u dorosłego i starszego dziecka. Młode dzieci okazują zatem skłonność do acydozy, co tłómaczyłoby się wynikami badań Pflügera, że rosnące zwierzę rozporządza tylko małemi ilościami glikogenu zapasowego, zatem małą rezerwą węglowodanową. Acydoza sprowadza w następstwie zwiększone wydzielanie amoniaku moczem, jednak dopiero po pewnym czasie; widocznie początkowo do zobojętnienia kwasów; zostają zużyte zapasowe zasady stałe. *Lewkowicz.*

---

[3]) Niedawno czytałem takie zdanie w „Łowcu“ w jednym z ostatnich numerów w roku 1904 z racyi wścieklizny u lisów, grasującej niedawno w Galicyi.

Lövegren. **Przyczynek do nauki o zapaleniu ostrem, podostrem lub przewlekłem przednich rogów rdzenia** (*poliomyelitis acuta i subacuta s. chronica*). (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 61, luty, 1905). W bardzo obszernym artykule, obejmującym 90 stron, przedstawia autor nasamprzód historycznie rozwój nauki o zapaleniu przednich rogów rdzenia u dzieci i dorosłych i podaje przytem bardzo wyczerpujące zestawienie odnośnego piśmiennictwa. Następuje opis 4 przypadków zapalenia ostrego u dorosłych z klinik w Helsingforsie. Przebieg zupełnie typowy, podobny do przebiegu u dzieci. Na uwagę zasługują bole w krzyżach, w tułowiu lub w kończynach, stwierdzane przez autora we wszystkich przypadkach w wstępnym gorączkowym okresie choroby, a trwające parę dni do dwóch tygodni. W następstwie przychodziło do zaników pewnych grup mięśniowych. Wyniki badania elektrycznego są zestawione wyczerpująco. Autor miał sposobność anatomicznego zbadania jednego odnośnego przypadku w dwa lata od początku choroby. Wessanie w rdzeniu nie było jeszcze ukończone, a sposobem Marchiego można było jeszcze udowodnić liczne komórki z kuleczkami tłuszczowemi. Przypadków zapalenia podostrego lub przewlekłego spostrzegał autor dwa; w drugim wykonano badanie anatomiczne. Wykazało ono na pewnych wysokościach bardzo wybitne zwyrodnienia komórek nerwowych. Zmiany w przednich rogach szarej istoty rdzenia były niewątpliwie pierwotnemi, a zapalenie nerwów obwodowych można było z zupełną pewnością wykluczyć.

Lewkowicz.

Ebert. **Przyczynek do zwalczania wielkiej śmiertelności niemowląt.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, marzec, 1905). W Berlinie umiera rocznie przeszło 10.000 dzieci w pierwszym roku życia; z tego przeszło $^1/_2$ na choroby żołądkowo-kiszkowe, te zaś głównie dotyczą dzieci sztucznie karmionych. Autor, chcąc zapoznać się z stosunkami panującymi w Berlinie co do sztucznego karmienia, stwierdzał w każdym przypadku zgłoszenia się do polikliniki z powodu jakichkolwiek zboczeń z dzieckiem sztucznie karmionem cały szereg szczegółów, mianowicie: sposób przygotowania i przechowywania mleka, ilość mleka całkowitego i rozcieńczonego, ilość cukru dodawanego, liczbę karmień, odstępy między niemi i. t. d. Okazało się, że w większości przypadków matki z powodu nieznajomości zasad popełniają mniej lub więcej ciężkie błędy. — Matki powinny być zatem pouczone. Autor zestawił tablice z głównemi zasadami karmienia i tabliczką dla rozcieńczenia mleka stosownie do wieku. Podaje on także nowy tani przyrząd do wyjaławiania. Główną jego częścią jest flaszka do rozcieńczeń i płaszcz, który się wkłada na flaszkę, zaopatrzony kreskami, oznaczającemi dla każdego wieku potrzebne na dobę; ilość mleka, ilość wody do rozcieńczenia, ilość cukru i liczbę karmień. *Lewkowicz.*

Dr. Salge. **Nieco o chorobach kiszek u osesków.** (*Berl. kl. Wochenschr.* 1905, Nr. 5.) Autor polemizuje z wywodami Seltera, który opiera rozpoznanie i leczenie chorób kiszkowych u osesków na badaniu kału i stwierdziwszy prostemi metodami Biederta, czy i jakie substancye, a względnie składniki pokarmowe, wchłania jelito oseska, wyklucza te pokarmy, dla których wykazał w stolcach niedomogę trawienną. Otóż wynikom takich badań autor wcale nie przypisuje tego znaczenia, co Selter, nie uważając ich za klinicznie uzasadnione. Nie wystarcza bowiem stwierdzenie faktu, iż jakiś osesek niezupełnie trawi białko, tłuszcz, lub węglowodany, ale ważniejszem jest uwzględnienie skutków karmienia, wywołującego częstokroć zaburzenie jelitowe, i zastosowanie według nich późniejszego sposobu odżywiania dziecięcia. Dzieci przekarmiane cierpią nieraz na przewlekłe wypryski, powtarzające się co chwila mimo leczenia miejscowego i wystawiające cały ustrój oseska na rozmaite zakażenia i podkopujące jego byt; prócz tego chorują także oseski na zaburzenia nerwowe, jak tężyczka i drgawki, i choć nie zawsze możemy wykazać związek przyczynowy, wiemy z doświadczenia, że odpowiednie uregulowanie karmienia stanowi najstosowniejszą część leczenia w podobnych przypadkach. Autor, chcąc usunąć z jelit patologicznie zmienioną treść, zwykle poprzestaje na stosowaniu ścisłej dyety głodowej przez 1—2 dni, albo też obok niej na podaniu kalomelu: zaleca więc przez 48 godzin tylko herbatę, a potem 3 doby dyetę mączną, a później dopiero rozcieńczone mleko, maślankę i polewkę Liebiga w małych ilościach. Gdzie ten plan leczenia nie doprowadza do pomyślnego wyniku, tam poleca S. wypróbowanie innych przetworów, ale przedewszystkiem skrobi, a nie tłuszczów. W ciężkich formach nieżytu jelit, wskazówki Seltera jeszcze mniej się przydają, bo np. w biegunce letniej, podobnej do ciężkiego zatrucia całego ustroju ustroju dziecięcego, chodzi wprawdzie, jak wiemy, o zupełną niezdolność trawienia tłuszczu, ale w stolcach wodnistych prawie nigdy nie możemy go wykazać; w tych przypadkach musimy koniecznie, mając na oku kliniczny obraz choroby, zwalczać przedewszystkiem zapad kamforą i wstrzykiwaniami roztworu fizyologicznego soli kuchennej; musimy pamiętać również o tem, że zdolność regulowania ciepłoty ciała u takich dzieci równa się zeru, że wskutek tego po wysokiej gorączce, naraz w kilka godzin następuje nagły spadek i odwrotnie, że takie dzieci powinny z reguły kilka dni pozostać prawie bez jadła, a potem przez długi okres czasu unikać o ile możności tłuszczu. Z powyższych przyczyn autor jest zasadniczym przeciwnikiem leczenia tych stanów li tylko na podstawie jakości kału, gdyż nie kał chory, tylko niemowlę. *Korm.*

I. Schmidt. **O zwężeniu odźwiernika u osesków.** (*Münch. med. Wochs*, Nr. 7, 1905). Autor rozbiera krytycznie poglądy rozmaitych autorów na patogenezę tego cierpienia. Pfaundler, w przeciwieństwie do zapatrywań Hirschsprunga i Steina uważał chorobę tę za nabytą, a nie wrodzoną, a przypisując jej powstawanie kurczowi, a nie przerostowi odźwiernika, poleca wyłącznie wewnętrzne, a nie chirurgiczne zabiegi. W ostatnich 2 latach Löbker, Kehr i Trantenroth starają się natomiast udowodnić na 5 szczęśliwie operowanych przypadkach, iż zabieg chirurgiczny był koniecznie potrzebnym dla uratowania życia chorym, że leczeniem dyetetycznem nie osiągniętoby tego celu: również okoliczność, iż mimo czczego żołądka, mimo przepłókiwań, jakie poprzedzały operacyę, mimo podatności i wiotkości ścian żołądka, powstałej pod wpływem bądźto płókania, bądźteż uśpienia, zgrubienie przerostowe odźwiernika u każdego z 5 chorych dało się wykazać, pozwala wnioskować, że tylko anatomiczne zmiany stanowią etyologię powyższego cierpienia. Nie wyklucza to bynajmniej, iż w przebiegu choroby może przyłączyć się do tych zmian jeszcze kurcz spasyczny odźwiernika. Przebieg choroby zależnym jest od stopnia zwężenia, które samo przez się nie sprawia żadnych dolegliwości, od towarzyszących zwężeniu zmian błony śluzowej i od sprawności żołądka. W przypadkach, gdzie średnica światła wynosi 3 mm. lub więcej po zmniejszeniu się obrzęku błony śluzowej, stan chorobowy może się poprawić; w innych zaś, szczególnie przy mniejszej, niż wspomnianej średnicy, osobnik ginie wśród objawów niedrożności, jeżeli chirurg na czas nie zapobiegnie temu smutnemu następstwu. Autor kładzie szczególny nacisk na objawy kliniczne, ułatwiające rozpoznanie w tym okresie choroby, kiedy zabieg operacyjny może niemowlęciu życie uratować; są nimi wymioty i sposób wymiotowania, któremu zawsze towarzyszy brak mlecznych stolców, które zastępują wypróżnienia śluzowe ciemne lub zielonkowate, ilość moczu znacznie zmniejszona, i, co najwięcej, po pewnym czasie wpada w oko lekarza postępujący ubytek na wadze. Bardzo znamienne i przekonywujące dla rozpoznającego chorobę są wreszcie 2 objawy klasyczne, niestety nie zawsze dające się wykazać, mianowicie ruchy robaczkowe, spostrzegalne w dołku sercowym (w okolicy nadbrzusznej) i wymacalny guz w tem samem miejscu, grubości palca i ku dołowi przesuwalny; rozumie się samo przez się, iż przy końcu choroby znajduje się znaczna rozstrzeń żołądka. Co do sposobów leczenia, to autor oświadcza się za zabiegiem chirurgicznym w przeciwieństwie do Heubnera i Pfaundlera, stosujących wyłącznie leczenie wewnętrznie (gorące okłady, przepłókanie, bardzo małe dawki makowca, systematyczne podawanie niezbieranego mleka w odstępach 3-godzinnych i t. d.). S. poleca wykonanie gastroenterostomii w chwili, kiedy dziecię jeszcze nie jest chorobą zbytnio wyniszczone, i żywi nadzieję, że odnośna statystyka Ibrahima, wykazująca 50% śmiertelności na 42 operowanych oseskach, znacznie się poprawi, gdy lekarze w odpowiednich przypadkach wcześniej będą się decydować na zabieg chirurgiczny, nie tracąc wiele czasu na leczenie wewnętrzne.

Korm.

OTYATRYA. Ostmann. **Studya kliniczne nad zaburzeniami słuchu.** (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, T. 42 i *Archiv. f. Ohrenh.* T. 61, 1905). O. przeprowadził badanie stroinikami w 10 przypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem. We wszystkich przypadkach znalazł upośledzenie słuchu dla tonów nizkich, prócz tego w 9 przypadkach było upośledzenie i dla tonów wysokich. Upośledzenie dla tonów wysokich, które każe przypuszczać ograniczone zajęcie błędnika, spotykał O. nawet w przypadkach lekkich. We wszystkich 9 przypadkach, w których było upośledzenie dla tonów wysokich, chorzy skarżyli się na szum w uchu; w przypadku, w którym nie było ograniczenia słuchu dla tonów wysokich, chory na szum w uchu nie skarżył się. O. przypuszcza, że ograniczenie słuchu dla tonów wysokich i szum w uchu mają jedną i tę samą przyczynę, mianowicie ograniczone zajęcie błędnika. Przewodnictwo kostne podczas całej choroby okazało się we wszystkich przypadkach wzmożone i było zwykle największe w ostatnim okresie choroby, a nie w czasie największego jej napięcia, kiedy przewodnictwo powietrzne było najwięcej upośledzone. W ten sam sposób badał kilka przypadków, w których było znaczniejsze nagromadzenie woskowiny. O. tłómaczy często spostrzegane zjawisko, że przy nagromadzeniu się woskowiny w uchu zewnętrznem słuch

dla tonów wysokich nieraz jest upośledzony, nie wskutek zajęcia błędnika, lecz z powodu braku współdźwięku w przewodzie zewnętrznym przy nagromadzeniu się woskowiny. Helmholz wykazał, że dla niektórych tonów wysokich przewód uszny zewnętrzny odgrywa rolę rezonatora, jego uszom odpowiadał ton c_4 i f_4. Zawrotów głowy, jakie nieraz bywają przy nagromadzeniu się woskowiny w przewodzie zewnętrznym ucha, nie uważa O. za objaw zmian choćby chwilowych w błędniku, lecz uważa je za powstałe drogą odruchową. *Zalewski.*

Sachs. **Przyczynek do rozpoznania zakrzepu zatoki poprzecznej.** (*Archiv. f. Ohrenh.*, T. 61, 1905). S. zwraca uwagę na fakt, stwierdzony dawniej przez Körnera i Piffla, że przy połykaniu powstaje w żyle szyjnej wewnętrznej fala, która przenosi się i do zatoki poprzecznej, wywołując jej falowanie. W tych przypadkach, gdzie zatoka poprzeczna jest szczelnie wypełniona zakrzepem, lub gdzie zakrzep znajduje się niżej w żyle szyjnej, tego falowania nie będzie. Jeżeli zakrzep niezupełnie szczelnie wypełnia zatokę, lub jeżeli jest mało zbity, falowanie może być widoczne. Ważnemby było rozstrzygnąć, o ile objaw ten może pomódz w wątpliwych przypadkach do rozpoznawania, czy mamy do czynienia w danym przypadku z zakrzepem, czy nie. Objaw ten, oczywista rzecz, możemy spostrzegać tylko na chorym nieuśpionym i przytomnym; zatoka poprzeczna musi być dość znacznie odsłonięta. *Zalewski.*

Blau. **Badania doświadczalne nad zmianami w narządzie słuchu przy zatruciu salicylanem sodowym.** (*Arch. f. Ohrenh.* Tom 61, 1905). B. badał zmiany, jakie wywołuje stosowanie przetworów salicylowych w narządzie słuchu, zatruwając zwierzęta (króliki, myszy) przetworami salicylowymi. B. znalazł zmiany w komórkach nerwowych w zwoju krętym i w zwoju przedsionka, które to zmiany odnosi do niedokrewności, jaka powstaje w narządzie słuchu. Większe zmiany stwierdził w komórkach nerwowych w zwoju krętym, niż w zwoju przedsionka, co zgadza się ze spostrzeżeniem klinicznem, że przy zażywaniu przetworów salicylowych najprzód występuje szum w uszach, a dopiero później zawroty. *Zalewski.*

Grimmer. **Przyczynek do patologii i dyagnostyki gruźliczych zapaleń ucha środkowego.** (*Zeitschr. f. Ohrenh.* T. 44, 1905). Romer, Grisolle, Nélaton zwrócili już dawniej uwagę na fakt, że u chorych na gruźlicę bardzo często występuje ropienie ucha środkowego. Pierwszym, który wykrył prątki gruźlicze w ropie usznej, był Eschle, a nie Voltolini, jak twierdzi Bride i Gruber. Milligan powiada, że u dzieci gruźlica ucha środkowego jest chorobą bardzo częstą. Brieger twierdzi, że 25% zwłok gruźliczych okazuje zmiany gruźlicze w uchu środkowem. Najczęściej gruźlica w uchu występuje następowo; jako choroba pierwotna występuje bardzo rzadko. Co do rozpoznania, to jedynie wykazanie prątków gruźliczych w ropie usznej lub w tkankach, wydobytych z ucha, napewno rozstrzyga, czy mamy do czynienia z gruźlicą, czy nie. Wykazanie jednak prątków gruźliczych w ropie jest trudne i bardzo często w przypadkach niewątpliwie gruźliczych prątków nie znaleziono. Brieger radzi do badania mikroskopowego wydostać z ucha kawałek ziarniny lub jakiejś tkanki, w której łatwiej prątki wykazać. Siebermann i Millingan radzą szczepienie na świnkach morskich. Jako objaw gruźlicy ucha środkowego podnoszą też autorowie wielokrotne przedziurawienie bębenka i wczesne wystąpienie porażenia nerwu twarzowego. G. na zasadzie swoich klinicznych badań przychodzi do następujących wniosków: 1) mogą istnieć bardzo znaczne zmiany na błonie śluzowej ucha środkowego, nawet części pokrywającej bębenek, — bębenek jednak na zewnętrznej powierzchni może nie okazywać żadnych zmian; 2) błona własna (*membrana propria*) okazuje bardzo znaczną odporność co do zmian gruźliczych; 3) w każdym wypadku ropienia ucha środkowego badać, czy są wyrośle gruczołowate i czy są w nich zmiany gruźlicze; 4) szczepienie na morskich świnkach daje dobre wyniki co do rozpoznania gruźlicy ucha; taksamo badanie ziarniny, wyjętej z ucha, jest bardzo pomocnem przy rozpoznaniu; 5) w przypadkach ropienia ucha środkowego brak bólu, wczesne zajęcie kości, wczesne porażenie nerwu twarzowego, wielokrotne przedziurawienie bębenka, każą podejrzewać gruźlicę; 6) znaczny odsetek (65—70) przypadków ropienia ucha środkowego, przebiegających u dzieci do lat 5 z próchnieniem kości, jest na tle gruźliczem. *Zalewski.*

DENTYSTYKA. Prof. W. Łepkowski. **Uproszczony sposób robienia koron ciągnionych.** (*Wien. Viertelj.-Fachblatt*, 1905). W r. 1903 podał Dr. Sharp przyrząd do ciągnienia skówek w 13 różnych wielkościach, odpowiadających różnej wielkości zębów, do robienia koron metalowych ciągnionych. Przyrząd ten jest udoskonaloną modyfikacyą Riegnera; może on służyć do dwóch celów: do sporządzania koron ciągnionych na formach gumowych i t. zw. sposobem pierścieniowym. Do pierwszego sposobu wybrał Sharp 144 zębów różnych kształtów i wielkości, które odmodelował z miękkiego kauczuku; każdy z nich ma w środku swej części korzeniowej metalowy ćwieczek. Sposobem tym można robić korony dla umocowania ich na korzeniach, lub resztkach zębów; nigdy zaś dla całych zębów, co używamy dla wzmocnienia zębów plombowanych, lub dla zębów sztucznych, gdy pokrywamy koronami zęby zdrowe dla umocnienia. Korony robi się metodą Sharpa wedle jego podania na jeden ze 144 zębów gumowych, a nie na ząb, z którego odciski zostały wzięte. Wadą tego sposobu, którego opis przy każdym przyrządzie Sharpa się znajduje, jest to, 1) że nie można zrobić korony na ząb o zachowanych formach, ściśle podług wziętego odcisku; 2) że robotę całą stosujemy nie do tego zęba, na który koronę robić chcemy, ale do jednego ze 144 zestawionych przez Sharpa i 3) że przyrząd jest drogi i za dużo ma niepotrzebnego balastu, a nie daje korony dla danego zęba, tylko musi się dostosować wpierw ząb do zrobionej już korony Sharpa. Prof. Łepkowski postępuje tak, że resztki zęba, lub jego korzeń uzupełnia cementem, zostawiając między dosztukowanym zębem, a przeciwzębem tyle miejsca, ile potrzeba na grubość blachy. Uzupełnienie to robi się zapomocą cementu, amalgamu, plomby Mraczka, lub nawet wosku na ćwieku złotym z platyny, lub argentanu, osadzonym w korzeniu; jeśli zaś ząb jest utrzymany, to zeszlifujemy go o tyle, aby zgryz był niższy na grubość blachy i aby był równy. Gdy ząb jest przygotowany odpowiednio, bierze się odcisk zapomocą t. zw. łyżki do koron gipsem średniej gęstości, by tem lepiej wystąpiła granica między dziąsłem a korzeniem. Otrzymawszy odcisk po wypełnieniu masą Moldyna sąsiednich zębów, obkłada się kołnierzykowato tym materyałem, aby zrobić miejsce na podstawę modelu. Modele wylewa się łatwo topliwym metalem Lennoxa. Granice przy szyjce zęba obrównywa się i obniża ku korzeniowi rylcem, tak by przyszła korona weszła między ząb a dziąsło. W celu otrzymania miejsca między pozytywem a negatywem na grubość blachy trzeba model powiększyć o tyle, by się zmieściła przyszła korona między nimi. Najlepiej powlec model zęba białą gutaperką (Hills stoppingem), rozpuszczoną w chloroformie na płynną masę; powlekać trzeba jednakowo grubą warstwą. Po kilku minutach gutaperka twardnieje. Granicę dziąsła i korzenia uwalnia się ostrem narzędziem od gutaperki, która tu ściekła. Model, powleczony gutaperką, obkłada się moldyną u podstawy kołnierzykowo i wkłada się na niego cylinder, używany przez Sharpa ponad jego gumianymi zębami. Przez otwór w cylindrze wlewa się metal łatwotopliwy Lennoxa, a skoro ten stwardnieje, wybija się odlany negatyw wraz z tkwiącym modelem cylindra. Jeszcze przed zupełnem ostygnięciem rozłupuje się negatyw tępem dłutem, model wylatuje, a gutaperka pozostaje w części na negatywie, w części na pozytywie, którą usuwamy. Model sam odkładamy, a w jedną połówkę negatywu wtłaczamy przygotowaną skówkę i wraz z drugą połówką negatywu wtłaczamy do cylindra, gdzie dotłaczamy ściany skówki do ścian cylindra. Zamiast masy do wyciskania Sharpa i miękkiego drzewa do wybijania skówki, przyczem korony często pękają, użył prof. Łepkowski w swej pracowni zwykłej hupki, którą napełnia skówkę i ubija stemplem żelaznym zapomocą młotka. Hupka okazała się praktyczniejszą, nie uciska tak i nie doprowadza do pęknięcia i blacha złota przytłacza się do ścian formy. Podczas wykuwania korony od wewnątrz wyjmuje się ją często z negatywu dla kontroli; przypala się ją, aby się lepiej poddawała, a później studzi w alkoholu. Dla łatwiejszego wybijania negatywu z cylindra używa się pierścienia, w który się go obsuwa. Koronę dopasowaną wyjmuje się z formy i po linii, zarysowanej na niej rylcem równo z brzegiem, obcina się dookoła nożyczkami. Korona obcięta w formie wraca do cylindra. Odłożony model zęba wbija się młotkiem do formy, w której wnętrzu jest korona. Skoro model wszedł na właściwe miejsce, wybija się formę wraz z nim z cylindra. Na modelu zostaje gotowa korona. Gdy jej nie można zdjąć, to lekkie uderzenie młoteczkiem w ścianę korony ułatwia wypadnięcie. Korony tak zrobione są dokładne i szczelnie przylegają do zęba i korzenia, a sposób ich utrzymania prostszy i łatwiejszy; nadto nadają się do każdego przypadku i są o wiele tańsze. Zbiór 144 zębów gumowych Sharpa jest zbyteczny, potrzebna tylko prasa i metalowy cylinder, który nawet można zastąpić kawałkiem innej rury, n. p. gazowej. Krążki można nabyć gotowe lub wycinać. *Dr. Adam Kozaczka.*

Prof. Redard. **Światło jako środek znieczulający.** (*Ash's Wiener Vierteljahrs-Fachblatt*, 1905). Badając działanie lecznicze światła, doszedł autor do przekonania, że światło niebieskie ma własność znoszenia czucia i bólu. Przy wyjęciu zęba u pewnego pacyenta, wystawionego na światło niebieskie, zauważył Redard, że ten zupełnie nie oddziaływał na ból. Postępowanie jego jest tego rodzaju, że każe pacyentowi wpatrywać się szeroko otwartemi oczami w reflektor niklowy, jakim jest zaopatrzona niebieska

lampka elektryczna. Lampka ta powinna być oddalona od pacyenta na 10—15 ctm. Choremu powinno się zapowiedzieć, że nie będzie czuł najmniejszego bolu, jeśli szeroko otwartemi oczami będzie stale wpatrywał się w światło. Przytem należy wykluczyć światło dzienne, przykrywając lampkę i głowę pacyenta półjedwabną niebieską materyą. Znieczulenie występuje po 2—3 minutach; jeżeli zaś niema skutku, to chyba należy przypuścić, że chory zamykał oczy. Znieczulenie trwa krótko. Metodę tę starano się wytłómaczyć, jako pewien rodzaj hipnozy, jednak autor sprzeciwia się temu zapatrywaniu na podstawie analogicznych doświadczeń ze światłem innego rodzaju, n. p. żółtem i czerwonem, które się okazały bez wpływu. W jaki sposób światło to działa na ustrój, dotąd nie rozstrzygnięto. Autor skłania się do teoryi, że działanie to udziela się mózgowi zapomocą nerwu wzrokowego. Metodę swą popiera on doświadczeniami na chorych. Przytacza cztery przypadki, gdzie znieczulenie nastąpiło po $1^1/_2$—2 minut i objawiało się najpierw rozszerzeniem źrenic i uspokojeniem się chorego, jak przy zasypianiu. Jednej z pacyentek bardzo niespokojnej, autor był w stanie wyjąć, po takiem znieczuleniu, zupełnie wygodnie i bez bolu 5 zębów.

Dr. Adam Kozaczka.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. G. Mann. **O użyteczności odczynu orcynowego Neumanna przy badaniu moczu na cukier.** (*Berl. klinische Wochenschrift*, 1905, Nr. 9). Niedawno podał Neumann zmianę próby orcynowej, która umożliwia w prosty sposób przez barwny odczyn odróżniać poszczególne heksozy między sobą i oddzielnie heksozy od pentoz. Autor robił w myśl wskazówek Neumanna następujące badania: 1) badał czyste roztwory dekstrozy, lewulozy, galaktozy i arabinozy; 2) mocze dotkniętych cukrzycą; 3) przypadki lewulozuryi odżywczej: 4) mocze pacyentów, u których z pewnością można było wykluczyć cukrzycę; 5) mocze, które zawierały składniki, mogące ewentualnie utrudnić wystąpienie odczynu. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że modyfikacya Neumanna próby orcynowej jest odpowiednią kontrolą wyniku w niepewnych przypadkach i jest nader czułą próbą, a nadto ma tę zaletę, że posługując się jedną tylko, łatwo uskutecznić się dającą próbą, możemy odróżnić od siebie cały szereg rozmaitych gatunków cukru. Moczany, fosforany i barwiki żółciowe nie wpływają na wynik odczynu. Co do białka, należałoby w wątpliwych przypadkach przed rozpoczęciem próby usunąć je przez strącenie i dodanie kwasu octowego. *Dr. Blassberg.*

Heubner. **Dalszy przyczynek do poznania równowagi energijnej u oseska.** (*Jahrb. f. Kind.*, Tom 61, marzec, 1905). Pięciodniowe doświadczenie u chłopca $5^1/_2$-miesięcznego, bardzo silnego, wykazało bardzo znaczne utraty dzienne w postaci bezwodnika węglowego i wody przy równoczesnem gromadzeniu azotu. Utraty te były wywołane wzmożoną pracą mięśniową dziecka, które protestowało energicznie przeciw warunkom, w jakie je dla przeprowadzenia doświadczenia wstawiono. *Lewkowicz.*

A. Bergeron. **O prątku Kocha we krwi dotkniętych gruźlicą.** (*La Presse medicale*, 1905, Nr. 17). Mimo dawno już powziętego przekonania, że krążenie prątków Kocha we krwi osób, dotkniętych gruźlicą, jest zjawiskiem wyjątkowem, zwróciło się wielu badaczy do ponownego badania tej kwestyi, od chwili, gdy pewnej liczbie autorów, dzięki nowej technice, polegającej na zaszczepianiu znacznej ilości krwi w dużych ilościach bulionu, udało się u wielu chorych, dotkniętych durem, wykazać wybitny rozplem prątków Ebertha we krwi. Autor w doświadczeniach swoich wstrzykiwał morskim świnkom świeżą krew przed skrzepnięciem w ilości 5—15 cm^3, otrzymaną z nakłucia żyły u człowieka lub z serca królika i badał, względnie sekcyonował świnki w miesiąc do sześciu tygodni później. Na podstawie całej seryi doświadczeń dochodzi do wniosku, że prątki Kocha z reguły we krwi się nie rozmnażają, a wprowadzone bezpośrednio do narządu krążenia przebywają tam przelotnie tylko i w drobnych ilościach i wkrótce z krwi znikają, aby się rychło w tkankach osiedlić. Posocznicy w rodzaju durowej niema nigdy w przebiegu gruźlicy. *Dr. Blassberg.*

Braunsztein. **W sprawie przemiany materyi u chorych na raka.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 31). Badania przemiany materyi przez różnych badaczy u chorych na raka dały dotychczas sprzeczne wyniki. Gdy jedni znajdowali zatrzymanie azotu w ustroju tych chorych, drudzy spostrzegali stan wręcz przeciwny, inni wreszcie nie mogli wcale osiągnąć równowagi azotowej u niektórych chorych rakowatych, pomimo obfitego spożywania białkanów. Toż samo spotykamy i w sprawie, dotyczącej przemiany soli; w przeważnej liczbie przypadków zaznaczono zatrzymanie chlorków w ustroju chorych na raka, co niektórzy uważają dotychczas za objaw niemal znamienny (patognomoniczny) dla tego nowotworu. Niektórzy wreszcie zapatrują się na urobilinuryę, jako na bardzo częsty objaw charłactwa rakowego. Wobec tych sprzeczności w poglądach przeprowadził Braunsztein w klinice prof. Leydena szereg badań przemiany materyi u 22 chorych, dotkniętych rakiem; w 9 przypadkach rak znajdował się w żołądku; w 5 — w przełyku; w 3 — w wątrobie: w 1 — w pęcherzyku żółciowym; reszta badań dotyczyła chorych na raka kiszki prostej, otrzewnej, płuc i macicy. W 12 z tych przypadków były powikłania, mianowicie: obrzęki, zapalenia nerek, opłucnej i inne. Zboczenia od normy w wymianie azotu stwierdził B. z 10 badanych przypadków tylko w 3, którzy wykazywali znaczne utraty azotu, względnie rozkład białka tkanek; w jednym z nich utrata N kilkakrotnie przewyższała utratę u osobników zdrowych, poddanych bezwzględnemu głodzeniu. Ten nienormalnie wysoki rozkład białkanów może zależeć tylko od sprawy rakowej. Przeciwnie, wymiana chlorków nie przedstawiała w badaniach B. nic osobliwego. Skąpe wydzielenie chlorków spostrzegał B. tylko w tych przypadkach, w których chlorki były wprowadzane do ustroju z pokarmem w zmniejszonej ilości, lub w razie niedostatecznej czynności nerek lub serca. Przy prawidłowej czynności tych narządów chorzy na razie nietylko nie zatrzymują chlorków w ustroju, lecz przeciwnie — wydzielają je w większej ilości w porównaniu do ilości spożytych z pokarmem, co B. tłumaczy nagromadzeniem się chlorków we krwi w zależności od rozkładu tkanek i następowem wydzieleniem moczem. Przemiana fosforanów szła we wszystkich przypadkach prawie równolegle z przemianą azotu. Stosunek kwasu fosforowego do azotu w moczu przewyższał normy i wahał się między 1:3,9 i 1:5,6, zamiast zwyklego 1:7. Zwiększenia ilości amoniaku B. nie znalazł. Wreszcie badanie 50 chorych wykazało, że rak wszystkich narządów, oprócz wątroby, przebiega bez urobilinuryi nawet w ostatnim okresie choroby, gdy charłactwo jest nader wybitne. Urobilina występuje w moczu w większej ilości, jeśli wystąpi przerzut w wątrobie lub w razie powikłania raka z zapaleniem płuc lub gorączkową sprawą ropną. Rakowi wątroby towarzyszy zawsze wyraźna urobilinurya, obok czystej żółtaczki; urobilinurya ustępuje tylko wtedy, jeśli przewód żółciowy staje się zupełnie niedrożnym. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Aristochinę w krztuścu podawał Deutsch (*Centralbl. f. Kinderh.*, 1905, 3). Z 35 leczonych dzieci u 5 nie było zgoła skutku, a 4 nie mógł D. obserwować dłużej; u reszty wynik miał być dobry, a z nich u 11, którym podano lek już w I. okresie choroby, nawet znakomity: sprawa przebiegała szybko, napady były rzadkie i łagodne. Jeżeli zwykła dawka 0,05—0·1 u osesków, a 0,3 u starszych dzieci 3 × dnia nie wystarczała, dochodził D. do 0·2—0·25 u osesków, a 0·4—0·5 u starszych 3 × dnia bez skutków ubocznych. Skuteczność tego leku w krztuścu przypisuje D. działaniu bakteryobójczemu. Ze względu na nie używał też D. aristochiny w zapaleniu gardła i na podstawie 50 spostrzeżeń twierdzi, że lek ten wprost przecina chorobę. Wreszcie zaleca D. aristochinę jaok ek przeciw zimnicy i przeciwgorączkowy. *B.*

Iritis rheumatica leczy Frank (*The Amer. Journ. of Ophth.*, 1904, 6) podając wewnętrznie aspirynę (4 × razy dnia po 0,5) i pędzlując skórę w okolicy oka 50% roztworem oliwnym mezotanu (również 4 × dnia). *B.*

Rany leczył Hopmann (*Berliner klin. Wochs.*, 1905, 45) u 1000 przeszło chorych w ciągu lat 4 maścią protargolową, sporządzoną według następującego przepisu: *Protargol 1·5—3·0 solv. in aq. frigidae 5·0, tere cum lanol. anhydr. 12·0, adde vasel fl. am. ad. 30·0 Mfung.* Maść tę, rozsmarowaną na gazie opatrunkowej, stosował H. na świeże rany darte i zgniecenia, oparzenia i żylakowe wrzody goleni, a także w przewlekłym wyprysku sączącym, i podaje, że działa ona przeciwgnilnie, zapobiega zapaleniom, skóry nie drażni, wzmacnia ziarninę i odradzanie się naskórka i wpływa wysuszająco. *L.*

Zwolennikiem **wstrzykiwań podspojówkowych** jest Senn (*Arch. f. Augenheilkunde*, 1904, Z. 3), używając do tego roztworu soli kuchennej w opryszczkach i uporczywych wrzodach rogówki, a *hydrarg. oxycyanat.* w zapaleniach siatkówki, naczyniówki i tęczówki, oraz zmętnieniach ciałka szklistego. Dla usunięcia bolów (na 1—3 godzin) dodaje S. do wstrzykiwań $^1/_2$—$^1/_4$ objętości 1% akoiny z wyjątkiem tych przypadków, w których parcie śródoczne jest wzmożone, lub jego wzmożenia należy się obawiać. Wstrzykiwania zaczyna S. od 1 $ctm.^3$ roztworu *hydrarg. oxyanat.* z akoiną, dochodząc do 4 $ctm.^3$. *H.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 kwietnia 1905 r.

Przewodniczący: kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 40.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wybrano jednogłośnie na członków honorowych koll.: Rektora Browicza i prof. Nowaka.

III. Przewodnictwo obejmuje kol. prof. Nowak.

IV. Uchwalono wręczyć p. nadradcy Saaremu adres dziękczynny za ochoczą, a tak pożyteczną pomoc przy budowie Domu Towarzystwa.

V. Wniosek kol. prym. Bogdanika w sprawie dentystów-techników przekazano do załatwienia Izbie lekarskiej.

VI. Uchwalono jednogłośnie zaciągnąć w krakowskiej Kasie Oszczędności dodatkową pożyczkę 2000 koron.

VII. Kol. przewodniczący udziela treści pisma kol. prof. Bujwida, zapraszającego do zwiedzenia jego Zakładu szczepień ochronnych.

VIII. Kol. przewodniczący zawiadamia, że c. k. Namiestnictwo zwraca uwagę Towarzystwa, że cena sprawozdania z II międzynarodowego Kongresu higieny szkolnej w Norymberdze wynosi 36 koron.

IX. Kol. prof. Rosner podaje historyę choroby pacyentki *Z. C.*, lat 23 liczącej. Rodziła 2 razy; po pierwszym porodzie przebyła sprawę zapalną *(pelveoperitonitis)*. Regularność była prawidłową aż do końca lutego 1904, poczem nastąpiła 7-tygodniowa przerwa, zakończona dłuższem krwawieniem, połączonem z napadem bolu w dole po stronie lewej. Badanie 6 czerwca 1904 wykazuje tuż przy rogu lewym macicy guz wielkości małego jaja. Nadto guz jajnikowy nieduży po stronie prawej. Rozpoznano ciążę zamaciczną lewą. Chora nie chciała poddać się wówczas operacyi. W czerwcu i lipcu miesiączka prawidłowa, poczem znowu spóźnienie 10-dniowe; 19 sierpnia 1904 r. napad gwałtownych bolów w dole po stronie lewej z objawami ostrej niedokrewności. Badanie wykazuje prócz poprzednio wykazanych guzów, opór bolesny rozlany w jamie Douglasa, który uznano za krwistek zamaciczny. W początku września 1904 wykonano laparotomię z powodu powtórnego napadu bolów i ostrej niedokrewności. Znaleziono: macica dwurożna z lewym rogiem szczątkowym (*cornu rudimentarium*), w którym znajduje się zmiażdżone krwią jaje płodowe (bez płodu). W końcu brzusznym lewej trąbki guz wielkości śliwki, nurzający się we krwi, wypełniającej jamę Douglasa. W guzie tym drugie, młodsze jaje płodowe, również krwią zmiażdżone. Trąbka nie pęknięta. Wolna krew w jamie brzusznej. Po stronie prawej miednicy guz jajnikowy. — Wycięto przydatki lewe wraz z rogiem szczątkowym (z pozostawieniem jajnika) i guz jajnikowy prawy. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Badanie drobnowidowe wykazuje, że nie ma połączenia między szczątkowym rogiem lewym a macicą. W skrzepach krwi w obu guzach, t. j. w rogu i w brzusznym końcu trąbki, znaleziono kosmki kosmówki. W skrzepie, wypełniającym koniec brzuszny trąbki kosmki te są doskonale zachowane; ich budowa drobnowidowa zgoła niezmieniona; natomiast w skrzepie, wypełniającym róg macicy, kosmki są zmienione, zwyrodniałe, a gdzieniegdzie w postaci t. zw. cieniów kosmków. Dowodzi to, że jajko w rogu jest starsze, a zmiażdżenie nastąpiło zapewne w maju 1904, podczas gdy drugie jajko jest znacznie młodsze, zmiażdżone krwią 19 sierpnia 1904. Zapłodnienie w obu tych ciążach nastąpiło przez zewnętrzną wędrówkę plemnika, gdyż wobec drobnowidowo stwierdzonego braku połączenia między obu rogami macicy plemnik mógł przejść w jednym i drugim przypadku tylko przez prawą trąbkę i otrzewnę do trąbki lewej. Zapłodnienie drugie nastąpiło po zniszczeniu jajka pierwszego tak, że nie mamy tutaj do czynienia z ciążą synchroniczną, t. j. z równoczesnym rozwojem obu jaj.

Następuje demonstracya preparatów mikroskopowych.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wojciechowski.

X. Kol. doc. Majewski wygłosił odczyt „O niektórych nowszych sposobach oznaczania refrakcyi“. (Będzie drukowany w całości w dziale wyciągów zbiorowych w „Przeglądzie lekarskim“).

Pisarski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 24 stycznia 1905 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. przewodniczący otworzył dyskusyę nad kwestyą ustalenia godziny posiedzeń dogodnej dla wszystkich. W sprawie tej przemawiali koll. Boczar, Borzęcki i Krzyształowicz, podając swoje wnioski.

Następnie kol. Borzęcki przedstawił dwie chore z zmianami kiły późnej; u jednej rozległe owrzodzenia na głowie zniszczyły zewnętrzną blaszkę kostną, u drugiej zaś liczne kilaki znajdują się na przedudziu prawem. W dalszym ciągu przedstawił kol. Borzęcki chorego, cierpiącego na kamicę pęcherzową i demonstrował zapomocą wprowadzonego zgłębnika metalowego do pęcherza obecność kamienia. Następnie przedstawił kol. Reiss przypadek słoniowaciny worka mosznowego i prącia. W przypadku tym nie można wykazać właściwej przyczyny usprawiedliwiającej powstanie tego cierpienia. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorą z *trichophytia animalis* w okolicy stawu nadgarstkowego. Wreszcie przedstawił kol. Reiss chorego z *orchitis luetica interstitialis dextra*. Przyrodę kiłową w tym przypadku potwierdza wynik leczenia swoistego, gdyż po trzech tygodniach leczenia jodem i wstrzykiwaniami bursztynianu rtęciowego zmniejszyło się jądro prawe niemal do połowy. — Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Stopczański.

VI. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach.

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

> *„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source“.* Flammarion.

(Ciąg dalszy.)

6. Inne specyalności.

1. Choroby nerwowe i umysłowe. Obok chirurgii zauważyć się daje w ciągu XIX wieku ogromny postęp neurologii i psychiatryi, dzięki doniosłym odkryciom w dziedzinie anatomii, histologii i fizyologii układu nerwowego. Obie te specyalności, śmiało rzec można, są płodem XIX stulecia, a kolebką ich jest Francya. Tutaj to, jak już wyżej wspomniano, jeszcze pod koniec XVIII wieku pierwszy Franciszek Pinel wystąpił śmiało i energicznie w obronie chorych umysłowo, których aż do jego czasów zamykano w zakładach, będących właściwie strasznemi więzieniami, a zamykano nie w celu leczenia, bo sądzono, że sztuka lekarska nic już poradzić nie zdoła, lecz dla odosobnienia ich, jakby zwierząt drapieżnych, od reszty ludzi zdrowych. Zwrot, jaki się dokonał w tych zapatrywaniach pod wpływem i dzięki energii Pinela, który też zasłużył sobie na przydomek dobroczyńcy obłąkanych, dokonał się wprawdzie zwolna i dużo jeszcze upłynęło czasu, zanim w całej Francyi, a za jej przykładem i w sąsiednich krajach zrozumiano, że obłąkani są ludźmi chorymi, których trzeba leczyć nie gwałtem i środkami barbarzyńskimi, lecz raczej łagodną stanowczością i wpływem moralnym; że wielu z nich, uważanym dawniej ryczałtowo za nieuleczalnych, można przecież zdrowie przywrócić, poznawszy zmiany chorobowe, toczące się w ich mózgu i zastosowawszy odpowiednie środki, wskazane przez naukę. Zapatrywania swe zebrał Pinel w dziele, napisanem 1791 roku pod tytułem: *»Sur l'aliénation mentale«*, (ostatnie wydanie z 1809 roku). Pamięć Pinela do dziś dnia przypomina obraz pędzla malarza Roberta Fleury, umieszczony w wielkiej sali amfiteatru Salpetrière, przedstawiający uwolnienie obłąkanych z więzów i tortur.

Myśl tę szlachetną i tak doniosłą dla losu nieszczęśliwych szaleńców szerzą odtąd niestrudzenie z równą energią dwaj jego uczniowie i wywalczają wreszcie w całości reformy, jakie zaczął Pinel. Są to Esquirol i Wilhelm Andrzej Ferrus (1784 do 1861).

Jan Dominik Esquirol urodził się w Tuluzie 1772 roku. Od roku 1811 był lekarzem w *Salpetrière* [6]), a od roku 1817 wy-

kłada o chorobach umysłowych. On to skłonił rząd francuski do wyznaczenia w roku 1818 osobnej komisyi, któraby zbadała nadużycia, dziejące się w zakładach dla obłąkanych i obmyśliła potrzebne reformy. W roku 1825 zostaje naczelnym lekarzem paryskiego *Maison des aliénés*. W roku 1830, pozbawiony skutkiem rewolucyi lipcowej urzędu, usuwa się w zacisze domowe do Charrenton i oddaje tam wyłącznie urządzonemu przez siebie prywatnemu zakładowi dla umysłowo chorych, który prowadzi wzorowo aż do śmierci w 1840 roku.

Metody lecznicze chorób nerwowych wzbogaciło dalej odkrycie działania fizyologicznego i leczniczego elektryczności tak, że w drugiej połowie XIX wieku zastosowany nowy ten czynnik do terapii stwarza osobny obszerny bardzo dział elektroterapii. Pod koniec wieku opanowała umysły nowość, wyzyskiwana zrazu przez różnych szarlatanów, a oświetlona należycie ze stanowiska naukowego przez genialnego Charcota i jego szkołę — był to hipnotyzm i poddawanie (sugestya). W ciągu tego samego stulecia wydaje wreszcie Francya dwóch wielkich uczonych, od których datuje się nowa epoka w pojmowaniu wielu objawów chorobowych i leczeniu chorób układu nerwowego, — datuje się jednem słowem dzisiejsza nowoczesna neuropatologia. Są to Duchenne i Charcot.

Wilhelm Benjamin Duchenne de Boulogne urodził się 1806 roku w Boulogne sur Mer, gdzie aż do roku 1842 praktykował jako lekarz, poczem przeniósł się do Paryża i oddał głównie badaniom nad wartością leczniczą elektryczności, a cenne swe spostrzeżenia zebrał w dziele: »*De la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies*« (Paryż, 1850), oraz doświadczeniom nad pobudliwością włókien mięsnych pod wpływem prądu elektrycznego. Jemu też zawdzięczamy liczne badania nad zanikiem mięśni i porażeniem opuszkowem, nad fizyologią ruchu i mimiką twarzy pod wpływem uczuć wewnętrznych. Umarł 1875 roku. Z mnóstwa cennych prac i większych rozpraw, jakie pozostawił, znaczna część zebraną została w wielkiem dziele, mającem doniosłe znaczenie dla elektroterapii, a wydanem po raz ostatni w 1872 roku »*De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*«.

Jan Marcin Charcot, urodzony 1825 roku w Paryżu, odbywał nauki tamże pod Piorrym i Claude Bernardem. W roku 1860 został mianowany *professeur agrégé*, a w 1862 lekarzem *Salpetrière*, który to szpital zyskał odtąd światową sławę, dzięki jego wykładom, jakie od roku 1866 tam miewał. W roku 1873 zostaje profesorem anatomii patologicznej Uniwersytetu paryskiego, a w 1882 roku obejmuje utworzoną umyślnie dla niego katedrę i kierownictwo kliniki chorób nerwowych w tym samym szpitalu. Umarł 1893 roku. Działalność naukowa Charcota, tak świetna i tak ogromna, wymagałaby osobnej monografii, nie nadaje się więc tutaj do obszernego omawiania; wspomnę tylko, że główne zasługi Charcota polegają na badaniach anatomo-patologicznych układu nerwowego, które wyjaśniły istotę tylu chorób i popchnęły naprzód całą metodę rozpoznawczą i leczniczą. Jemu to zawdzięczamy wyświetlenie mnóstwa zagadek w objawach chorób nerwowych, zestawienie dokładnego obrazu klinicznego tak powikłanej choroby i pod tylu postaciami występującej, jak histerya, należyte objaśnienie zjawisk kataleptycznych i stanów hipnotycznych, wreszcie wykrycie zmian anatomicznych we wszystkich niemal chorobach rdzenia pacierzowego. Większość jego prac wyszła w zbiorowem wydaniu jako »*Oeuvres complètes*« (Paryż, 1886).

Z pomiędzy poprzedników Charcota na uwagę zasługują następujący neurolodzy i psychiatrzy francuscy:

Jan Georget (1795—1828), uczeń Esquirola; Sylwester Blanche (1796—1852), który również zwalcza dawniejsze postępowanie z obłąkanymi; Dawid Richard (1806—1859) w Alzacyi, który pierwszy poleca zatrudniać chorych umysłowo lekkiemi robotami na wolnem powietrzu; August Napoleon Gosselet (1810—1863) w Lille; Honoryusz Aubanel (1810—1863) w Marsylii, autor wielu prac z dziedziny psychiatryi sądowej; Franciszek Bazin (1796—1865) w Bordeaux, autor prac w zakresie anatomii nerwów; Oktawiusz Landry (1826—1865), Jan Maksymilian Parchappe de Vinay (1800—1866), założyciel Towarzystwa lekarsko-psychologicznego i generalny inspektor zakładów leczniczych we Francyi; Meyer Cahen (1823—1866), autor prac o nerwach naczynioruchowych; Aleksy Cérise (1807 do 1869); Jan Piotr Falset (1784—1870), lekarz naczelny w *Salpetrière* przed Charcotem; Benedykt August Morel (1809—1873), zwalczający gorąco system przymusowy w leczeniu umysłowo chorych wspólnie z Jakóbem Józefem Moreau de Tours (1804—1889); Achilles Foville (1799—1878), następca Esquirola w Charrenton.

Wszyscy są autorami tak licznych dzieł, rozpraw i prac naukowych, że wyliczać ich tutaj nie sposób, a założyli pierwsze podwaliny pod wspaniały gmach neurologii francuskiej, który wykończyć i polotem geniuszu ożywić danem było Charcotowi. Z wybitnych zaś lekarzy, współczesnych temu wielkiemu uczonemu, wymienić należy:

Jakób Belhomme (1800—1880), Gérard Marchant (1813—1881), uczeń Esquirola, jeden z najzasłużeńszych psychiatrów francuskich; Paweł Henryk Clozel de Boyer (1852 do 1881), pracował głównie nad lokalizacyą w mózgu; Paweł Briquet (1796—1881); Aleksander Brièrre de Boismont (1797—1881); Józef Artaud (1813—1883) w Lyonie; Jan Baptysta Dumesnil (1812—1884), generalny inspektor zakładów dla obłąkanych we Francyi; Juliusz Józef Lunier (1822 do do 1885); Henryk Legrand du Saulle (1830—1886); Antoni Eugeniusz Billod (1818—1886); Franciszek Gabryel Baillarger (1806—1891) w Ivry; Antoni Emil Blanche (1820—1893); Ludwik Calmeil (1798—1895); Grzegorz Oktawiusz Dujardin Beaumetz (1833—1895), o którym była już mowa wyżej między internistami, autor cennych prac o wiądzie rdzenia, alkoholizmie przewlekłym i zapaleniu rdzenia; Juliusz Bernard Luys (1828—1897), autor znakomitego atlasu anatomicznego układu nerwowego i badacz zjawisk hipnotycznych. Prócz tych cała plejada uczniów szkoły Charcota, żyjących jeszcze i zajmujących wybitne stanowiska w literaturze naukowej.

2. Okulistyka wyrabia się dopiero w ciągu XIX stulecia w samoistną specyalność, wyodrębniając od chirurgii, której dotąd jeden z ubocznych stanowiła działów. Właściwymi twórcami nowoczesnej okulistyki są, jak powszechnie wiadomo, Helmholtz, Albrecht von Graefe, Donders, Jaeger i Arlt.

We Francyi niemal do drugiej połowy XIX wieku stoi ona pod względem naukowym dość nizko, bo na tym samym poziomie, co w wieku XVIII i dopiero powoli przyjmuje teorye wyżej wymienionych uczonych zagranicznych. Wielcy chirurdzy francuscy, jak: Dupuytren, Nélaton, Bonnet, Langier, Delpech, Roux, Velpeau i Lisfranc robią wprawdzie operacye oczne i podają niektóre nowe metody, ale nie są to jeszcze właściwi okuliści w dzisiejszem znaczeniu. A nawet i ci, co przeważnie zajmują się chorobami ocznemi, jak zręczny operator Piotr Demours, lekarz Ludwika XVIII i Karola X, Faur, okulista księcia de Berry, Guillée, dyrektor instytutu ociemniałych w Paryżu, lub Gondret, założyciel kliniki okulistycznej tamże, niewiele tylko przyczynili się do jej naukowego rozwoju. Dopiero jako prawdziwi reformatorzy okulistyki francuskiej, którzy popchnęli naukę tę na nowe tory, wskazane przez szkoły: niemiecką, wiedeńską, włoską i angielską, uchodzą słusznie trzej wybitni lekarze: Stoeber, Carron du Villards i Sichel.

Wiktor Stoeber urodził się 1803 roku w Strasburgu; po ukończeniu medycyny tam i w Paryżu i odbyciu podróży naukowej, w czasie której zapoznał się z postępami okulistyki w Berlinie, Londynie i w Wiedniu u Jaegera i Rosasa, powraca do Paryża, gdzie od roku 1829 jako *professeur agrégé* wydziału lekarskiego wykłada okulistykę. W roku 1845, mianowany zwyczajnym profesorem kliniki okulistycznej, zajmuje katedrę tę aż do śmierci 1871 roku. Do zaznajomienia lekarzy francuskich z ogromnymi postępami okulistyki zagranicznej przyczyniło się dzieło jego: »*Manuel pratique d'ophtalmologie*« (Paryż, 1834).

O wiele wybitniejszym jeszcze pod względem naukowym jest Karol Józef Carron du Villards (1800—1860), uczeń Scarpy w Pawii, a od roku 1834 docent okulistyki w paryskiej *École spéciale ophtalmologique*. Założył w Paryżu ambulatoryum dla chorych na oczy i napisał dwutomowe dzieło, bardzo wówczas będące w użyciu, pod tytułem: »*Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux*« (1838); dalej: »*Recherches médico-chirurgicales sur l'operation de la cataracte*« (1837) »*Guide pratique pour exploration méthodique et symptomatologique de l'oeil*« (1836).

Właściwie jednak i ostatecznie ugruntował we Francyi nowożytne pojęcia szkoły niemieckiej Juliusz Sichel. Urodzony 1802 roku we Frankfurcie, studya odbywał w Tybindze i Berlinie, poczem był asystentem Jaegera w Wiedniu i Schoenleina w Würzburgu. W roku 1829 przybywa do Paryża, gdzie wkrótce zyskuje wielką wziętość, pracując z początku jako kierownik od-

---

[6]) Gmach wzniesiony w Paryżu przez Ludwika XIII, przeznaczony początkowo na arsenał, zamieniony później na przytułek dla starców i połączony z kliniką chorób nerwowych, wsławioną w medycynie nazwiskami znakomitych lekarzy, którzy w niej pracowali. (*Przypisek autora*).

działu okulistycznego w szpitalu *St-Antoine*, a później we własnej prywatnej klinice. Umarł 1858 roku. Jego to zabiegom zawdzięcza Paryż utworzenie kliniki chorób ocznych w *Hôtel-Dieu*, a z jego szkoły wyszedł cały szereg wybitnych okulistów, jak nasz rodak Szokalski i słynny francuski Desmarres. Pierwszą jego pracą, która utorowała okulistyce drogę do przyszłego rozkwitu we Francyi, jest: »*Propositions générales sur l'ophtalmologie*« (Paryż, 1833). Prócz tego wydał: „*Mémoires et observations sur la choroidite*« (Paryż, 1836) i liczne rozprawy naukowe o jaskrze, zaćmie, garbiakach rogówkowych i t. d.

Odtąd okulistyka francuska, wprowadzona na właściwe tory zaczyna kroczyć za ogólnym postępem w innych krajach, a nazwiska słynnych okulistów z drugiej połowy XIX wieku, jak Ludwik August Desmarres (1810—1882), twórca nowoczesnej szkoły, z której prócz Albrechta von Graefe wyszło wielu żyjących dziś jeszcze okulistów, lub przedwcześnie zmarłych, świadczą niezbicie o bujnym rozwoju i tej także specyalności na ziemi francuskiej.

3. Otologia jest więcej jeszcze, niż okulistyka, dzieckiem XIX wieku, gdyż przedtem znajomość wogóle chorób usznych była tak małą, że nawet na miano specyalności nie zasługuje. We Francyi odznaczyli się na tem polu:

Jan Marya Gaspard Itard (1775—1838), który pierwszy uporządkował choroby uszne w dwutomowem dziele: »*Traité des maladies de l'oreille et de l'audition* (Paryż, 1821) i wydoskonalił katetoryzowanie trąbki Eustachego;

Mikołaj Deleau (1799—1862) utorował drogę do rozpoznawania i leczenia chorób ucha środkowego, wspólnie z Prosperem Menière (1799—1862), autorem rozprawy: »*Mémoires sur des laisions de l'oreille interne*« (1861):

Aleksander Ludwik Paweł Blanchet (1919—1867), autor dwutomowego dzieła o głuchoniemocie wydanego w 1852 roku.

4. Laryngologia. Rozwój tej umiejętności datuje się przedewszystkiem od wprowadzenia w użycie lusterka krtaniowego w 1858 roku przez Jana Nepomucena Czermaka († 1873). Od tego czasu staje się laryngologia, która dotąd stanowiła część medycyny wewnętrznej, lub pod względem operacyjnym chirurgii, samoistną gałęzią wiedzy lekarskiej, a poświęcają się jej coraz liczniejsze rzesze wybitnych lekarzy wszystkich narodowości.

Do rozwoju laryngologii we Francyi przyczynili się swemi cennemi pracami naukowemi:

Emil Isambert (1827—1876), którego badania nad gruźlicą krtani rozświetliły wiele wątpliwych kwestyi;

Karol Fauvel (1830—1876), autor podręcznika chorób gardła i krtani; wreszcie Edward Fournié († 1886).

5. Położnictwo i ginekologia doznają w ciągu XIX-go wieku ogromnego rozwoju, zawdzięczając, podobnie jak chirurgia, postęp ten wprowadzeniu znieczulenia ustroju, ulepszeniu narzędzi i metod operacyjnych, wreszcie wynalezieniu środków przeciwgnilnych i zastosowaniu postępowania aseptycznego przy porodach. Palma pierwszeństwa należy się wprawdzie uczonym nie francuskim, jak: Semmelweiss, Schroeder, Simpson, Sims i Spencer Wells; lecz nowości przez nich głoszone przyjmują się rychło na ziemi francuskiej tak, że i ta specyalność rozwija się tu równie szybko, jak w innych krajach. Wybitniejsi specyaliści francuscy w tym dziale są:

Antoni Dubois († 1837), nadworny położnik cesarzowej Maryi Ludwiki i syn jego Paweł Dubois († 1871), autor: »*Traité complet de l'art des accouchements*« (1849);

Piotr Flamant († 1832) w Strasburgu; Antoni Dugès († 1838), profesor położnictwa w Montpellier; Józef Capuron († 1850), Józef Klaudyusz Récamier († 1856), który wprowadził w powszechne użycie wziernik pochwowy w 1818 roku.

Dalej autorowie bardzo w owym czasie rozpowszechnionych podręczników: Cazeaux († 1862); Chailly-Honoré († 1866) i Jacquemier († 1879).

Jan Aleksander Lejumeau de Kargaradec († 1877), autor: »*Mémoires sur l'auscultation, appliquée à l'etude de la grossesse*« (1822);

Piotr Karol Huguier († 1873), który wzbogacił głównie dział operacyi ginekologicznych, wynalazł sposób sondowania macicy zapomocą swego „historometru" i ogłosił wiele prac położniczych i ginekologicznych, podobnie jak Depaul († 1883), autor: »*Leçons de clinique obstetricale*« i Gallard († 1887).

Pomijając żyjących obecnie wybitnych ginekologów i położników francuskich, których nazwiska za wcześnie jeszcze, aby przeszły do historyi, wspomnieć należy na końcu o dwóch słynnych położnych, t. j. o pani Maryi Ludwice Lachapelle († 1821), która była naczelną akuszerką w *Hospice de la Maternité* szpitala *Hôtel-Dieu*[7]) pod dyrekcyą Baudelocque'a († 1810) i spisała swoje pamiętniki, wydane dopiero po jej śmierci pod tytułem: »*Pratique d'accouchements*«, oraz o pani Maryi Annie Wiktoryi Bovin († 1847), autorce wielokrotnie wydawanej książki: »*Memorial de l'art des accouchements*«, napisanej w 1812 roku.

6. Choroby dziecięce wchodziły jeszcze w początku XIX wieku w zakres po części medycyny wewnętrznej, po części położnictwa i dopiero w drugiej połowie tego stulecia, kiedy to zaczęto wznosić wszędzie szpitale i kliniki dla dzieci i stwarzać osobne katedry pedyatryi po uniwersytetach, wyodrębniły się w zamkniętą dla siebie specyalność, a równocześnie i piśmiennictwo tego działu szybko poczęło wzrastać.

W literaturze francuskiej najgłówniejsze są następujące dzieła: »*Traité clinique et pratique des maladies des enfants*« w trzech tomach, ostatnie (trzecie) wydanie z 1884 roku, nagrodzone przez paryską Akademię, a napisane przez Ernesta de Bartez i Fryderyka Rilleta; dalej »*Hygiène de la première enfance*« i »*Clinique de l'hôpital des enfants malades*« Eugeniusza Bouchuta († 1883), wreszcie liczne prace o krzywicy, kile wrodzonej, gośćcu stawowym, chorobach narządu krążenia u dzieci, o t. zw. *paralysis essentialis* i pląsawicy, Juliusza Parrot i Roger'a.

7. Choroby skórne i weneryczne. Z pomiędzy syfilidologów francuskich na pierwszy plan wysuwa się nazwisko Filipa Ricorda (1800—1889), lekarza szpitala *du Midi* w Paryżu, pierwszej powagi między współczesnymi syfilidologami, który tysiącem doświadczeń, dokonanych zapomocą szczepienia, dowiódł, że rzeżączka nie jest jedną z form kiły. jak pierwotnie mniemano. On też poparł powagą swą, chociaż z początku był przeciwnego zdania, — obóz „dualistów" w walce naukowej „z unitarystami", która przez długi czas toczyła się we Francyi, — oświadczając się w roku 1857 stanowczo za tem, że wrzód miękki wywołuje zawsze jeden i ten sam rodzaj owrzodzeń i nigdy nie pociąga za sobą ogólnych objawów kiły. Wspólnie z Rolletem, lekarzem lyońskiego szpitala *Antiqualle*, przyczynił się więc do utrwalenia zasad „dualistów" i pokonania ostatecznego t. zw. „identystów", według których znów dla rzeżączki, wrzodu miękkiego i twardego istniał tylko jeden przyrzut. Z biegiem czasu na podstawie ścisłych spostrzożeń niektóre pojęcia Ricorda o zaraźliwości kiły uległy zmianie, mimo tego jednak pozostanie on zawsze jednym z najwybitniejszych uczonych, którzy przyczynili się wiele do wyświetlenia istoty i różnych form tej choroby. Wśród licznych jego pism naukowych zasługuje też na uwagę między innemi praca: „*De l'ophtalmie blennorrhagique*" (1842[8]).

Inni współcześni mu głośni specyaliści są: Hillairent, Leloir, obaj badacze trądu; Feulard, Cazenave, Dubois, Fournier, Cullerier, Baumes i Diday w Lyonie.

Z poprzedników zaś Ricorda zasługują na wzmiankę: Jan Ludwik Alibert († 1837), twórca podziału chorób skórnych, które sklasyfikował według zewnętrznych objawów w rodziny, rodzaje i gatunki: oraz: Wawrzyniec Teodor Biett († 1840), który znów przyjął w podziale tychże chorób zasadę, proponowaną przez lekarzy angielskich, a wprowadził wiele nowości do terapii, jak: kąpiele parowe i kąpiele z dodatkiem środków leczniczych.

8. Medycyna sądowa. Wszystkie zdobycze wieku XIX na polu nauk przyrodniczych, fizyologii doświadczalnej, patologii, anatomii patologicznej, niemniej jak toksykologii i psychiatryi wpłynęły jak najkorzystniej na ukształtowanie medycyny sądowej w dzisiejszem pojęciu. która, jako nauka ścisła jest też wykwitem tego stulecia. We Francyi świetny swój rozwój zawdzięcza ona przedewszystkiem dwom uczonym. którymi są: Orfila i Tardieu.

Józef Bonawentura Orfila, o którym była już wzmianka przy medycynie wewnętrznej urodził się 1787 w Mahon, nauki pobierał w Madrycie i Paryżu. Od roku 1811 miewał wykłady w uniwersytecie paryskim, gdzie też w r. 1819 został profesorem medycyny sądowej i toksykologii, a w r. 1832 powołany na członka rady zarządzającej szpitalami paryskimi: umarł 1853 roku. Oprócz cennych dzieł z dziedziny toksykologii i chemii lekarskiej, wydał: »*Leçons de médecine légale*« (4 wydania) i »*Traité des exhumations juridiques*« (1830).

[7]) Kilkakrotnie już wspominany *Hôtel-Dieu* jest najstarszym szpitalem nietylko w Paryżu, ale w całej Europie, powstał bowiem w roku 660 za Klodwika II, a w latach 1868—1878 umieszczony w nowym wspaniałym budynku przy placu Tarvis-Nôtre-Dame, kosztował 23 miliony franków, liczy około 600 łóżek i mieszczą się w nim obecnie trzy kliniki. (*Przypisek autora*).

[8]) Na pamiątkę Ricorda nazwano szpital *du Midi* szpitalem jego imienia *Hôpital Ricord*, przed którym stoi ogromny posąg uczonego, dłuta Barriasa. (*Przypisek autora*).

August Tardieu (1818—1879) nauki pobierał w Paryżu, gdzie w r. 1850 został naczelnym lekarzem szpitala *Lariboisière*, w r. 1861 profesorem wydziału lekarskiego, a w r. 1864 przybocznym lekarzem Napoleona III. W r. 1870 objął kierownictwo szpitala *Hôtel-Dieu*. Nazwisko jego spopularyzowały liczne głośne procesa kryminalne, w których brał udział jako rzeczoznawca. Z wielu dzieł, jakie pozostawił, cenną wagę mają prace o otruciach, o uduszeniu, powieszeniu, o dzieciobójstwie i obłąkaniu ze stanowiska medycyny sądowej.

9. Dentystyka stosunkowo najwcześniej właśnie we Francyi zajęła należne jej stanowisko i, wydarta z rąk partaczy, uznaną została za umiejętność lekarską, jak inne specyalności. I podczas gdy nigdzie jeszcze nie było słychać o głośnych dentystach, już we Francyi spotykamy się z następującymi nazwiskami: Taveau, Toirac, Oudet, Laforgue, który wzbogacił literaturę tego działu; Maury, autor pierwszego w Europie podręcznika pod tytułem: »*Traité complet de l'art du dentiste*« i wreszcie Delabarre, który znów pierwszy z Europejczyków zaczął używać w r. 1847 znieczulenia eterowego przy operacyach zębów, wreszcie słynny Magitot († 1897). (Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* Walne Zgromadzenie Kasy chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia 27 maja 1905 r. o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, 11, na dole).

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ubiegłego roku: sekretarz Dr. Lilien.
2) Sprawozdanie kasowe: skarbnik Dr. Schellenberg.
3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej.
4) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr. Lilien, sekretarz. *Dr. Festenburg*, przewodniczący.

* *Towarzystwo Samopomocy lekarzy podaje do wiadomości:*

Zarząd Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Wysowej zawiadomił Wydział, że flaszki z tamtejszą wodą mineralną będzie zaopatrywać znaczkami jednohalerzowymi. Przyjmując to zobowiązanie, Wydział Towarzystwa przesyła Zarządowi serdeczne podziękowanie.

Z Wydziału Towarzystwa samopomocy.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. Bogdanik.*

Na Fundusz zapomogowy Towarz. samopomocy lekarzy złożyli koll.: Feliks Kalach 14 koron zebranych w ambulatoryum szpitala izraelickiego w Brodach; Adolf Osterschier 14 koron jako nieprzyjęte honoraryum od Dr. A. S. i chirurga O.; Henryk Frostig 13 koron „wygranych (*sic*) za leczenie żony p. B.“

Dr. Langie, sekretarz generalny.

* Dr. Pelczar złożył w Administracyi „Przeglądu lekar.“ sto koron na fundusz wdów i sierót, założony w Towarz. samopomocy lekarzy, — zamiast bukietów dla pacyentek w Truskawcu.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 3 maja posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Dr. H. Hirsch przedstawił okaz kamienia, wydobyty z przewodu gruczołu podjęzykowego; 2) kol. Dr. Bier: mówił „O najnowszych metodach fotometryi stosowanych w higienie“. Z powodu spóźnionej pory wykład kol. prof. Wachholza został odłożony do przyszłego posiedzenia.

* Komisya sanitarna m. Krakowa odbyła dnia 3 b. m. pod przewodnictwem prof. Domańskiego posiedzenie, na którem przyjęto do wiadomości pismo namiestnictwa, będące odpowiedzią na stosowne zapytanie władzy miejskiej. W piśmie tem oświadcza namiestnictwo, że nie widzi potrzeby czynienia jakich kroków szczególnych z powodu podniesionego napływu obcych do Krakowa na dzień 8 b. m. i uważa, że środki przeciw zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, przez władzę miejską w Krakowie zastosowane, są zupełnie dostateczne. Fizyk miejski podał do wiadomości, że od ostatniego posiedzenia Komisyi sanitarnej zaszło w mieście 5 przypadków śmierci z zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. W krótkiej dyskusyi nad tym przedmiotem oświadczyli prof. Nowak i doc. Droba, iż za przyczynę choroby, o której mowa, uważają właściwą bakteryę (*meningococcus intracellularis*). W końcu oświadczył prof. Domański, że zamierza na przyszłem posiedzeniu położyć na porządek dzienny sprawę walki z gruźlicą.

* Zjazd balneologiczny odbył się ściśle podług nakreślonego przez inicyatorów programu, a chociaż obydwa dni poświęcił na same tylko odczyty i rozprawy, nie wyczerpał jednak nagromadzonego materyału odczytowego i dziś już trzeba nabrać przekonania, że dwa dni jest za mało, zwłaszcza, że przy zmianie warunków w Królestwie Polskiem Zjazdy następne będą liczniejsze, a z drugiej strony materyał balneologiczny jest tak jednolity, że dzielenie go na sekcye nie jest korzystne. Szczegółowe sprawozdanie z tego Zjazdu ma okazać się w dostępnym dla wszystkich organie Towarzystwa balneologicznego, więc pomijamy go, zaznaczając tylko, że miał on wszystkie cechy zjazdu balneologicznego polskiego w szerokich granicach etnograficznych, że obejmując treścią balneologię umiejętną, przemysł zdrojowiskowy i organizacyę zdrojowisk polskich, objął całokształt spraw balneologii krajowej, której każdy dział był reprezentowany na Zjeździe przez uprawnionych i kompetentnych zastępców.

W oczach naszych rozwija się żywa działalność, zmierzająca do uprzemysłowienia kraju i do zwiększenia swojskiej wytwórczości: nie wziąć udziału w tym ogólnym ruchu ekonomicznym, to znaczyłoby tyle, co poddać się zwątpieniu i gnuśnej rezygnacyi, za które, przynajmniej co się tyczy zdrojowisk, cała odpowiedzialność spadłaby na stan lekarski. Powstanie zatem Towarzystwa balneologicznego, przyszłe zjazdy i wystawy balneologiczne, to bezpośrednie wyniki prawidłowego rozwoju potrzeb i warunków naszego bytu społecznego. Towarz. balneologiczne weszło na Zjeździe świeżo odbytym w bezpośredni stosunek z zorganizowanymi związkami dla rozwoju przemysłu krajowego wogóle, wytworzyło sobie drogi działania i w tem tkwi jego niepodzielna zasługa i uzasadniona nadzieja ogółu, że pracą swoją przyniesie ono pożytek społeczeństwu i nauce.

* W Berlinie odbyła się konferencya, która zastanawiała się nad pisownią wyrazów pochodzenia obcego. Większość oświadczyła się za pisownią fonetyczną, mniejszość — za etymologiczną; tę ostatnią uchwalono jednak zatrzymać dla wyrazów technicznych. Ta dwoistość nie mogła zadowolnić wszystkich, więc uchwalono wybrać specyalną komisyę, na którą włożono obowiązek wynalezienia najprostszej drogi do wybrnięcia z tej zawikłanej sprawy.

Twierdzi się u nas często mylnie, że tylko my Polacy robimy sobie tyle kłopotu z pisownią i wyrazownictwem, gdy inne narody traktują tę sprawę jako podrzędną. W Niemczech istnieje poważne stowarzyszenie, które pracuje nad oczyszczeniem języka od naleciałości obcych.

* W roku bieżącym powstanie w Połądze pierwsza bezpłatna letnia kolonia polska nad morzem dla dzieci skrofulicznych. W pierwszym roku, na początek, do kolonii tej zostanie wysłanych 12 dzieci z Warszawy. Zarząd uzdrowiska dał inicyatywę: do społeczeństwa polskiego należy rozszerzyć to pożyteczne i piękne dzieło.

* Piszą nam z Rzymu: „W d. 26—30 kwietnia odbył się tu V-ty międzynarodowy Kongres psychologii, zastosowanej do fizyologii, neurologii i psychiatryi. Najbardziej zajmującymi były odczyty o nowszych poglądach, Sciamonny i Flechsiga na lokalizacyę funkcyi mózgu; Sommera — o fotografii wyrazu twarzy i zmianie barwy na ton; dalej odczyty o sumieniu Janeta, Solliera i Lombrozy, oraz demonstracye mikroskopowe Courtiera. Z Polaków mieli odczyty: Gilecki z Warszawy, Szczawińska z Paryża, Adamkiewicz z Wiednia i Zanietowski z Krakowa, którego przyrządy zostały zakupione do królewskiego zakładu kinesiterapii. Z powodu niezmiernie zajmujących nowych doświadczeń Sciamonny nad mózgiem małp wybrano komisyę międzynarodową, do której weszli: Flechsig z Lipska, Fano z Florencyi i Hentschen z Stokholmu“.

* Zjazd rentgenowski miał wielkie powodzenie. Uchwalono zawiązać niemieckie Towarzystwo rentgenowskie, do którego mogliby należeć i nie niemcy. Następny Zjazd odbędzie się w Amsterdamie w r. 1908.

* Rosyjski minister oświaty zezwolił Teodorowi Moracewiczowi, liczącemu lat 80, na zdawanie egzaminu lekarskiego w Uniwersytecie kijowskim. Sędziwy kandydat przed kilku dziesiątkami lat był wolnym słuchaczem nauk medycznych w Charkowie, następnie

zwyczajnym studentem w Uniwer. kijowskim. a obecnie po bezprzykładnie długiej przerwie ubiega się o stopień uniwersytecki.

* Między 17 a 22 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim, brodzkim, buczackim, cieszanowskim, czortkowskim (po 1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim (5 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim (4 gm.), liskim, lwowskim, mieleckim, mościskim (po 1 gm.), nadwórniańskim, przemyślańskim (po 3 gm.), rawskim, stanisławowskim, staro-samborskim (po 2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim, tłumackim, trembowelskim, turczańskim zaleszczyckim, zborowskim (po 1 gm.), żółkiewskim (5 gm.).

Nekrologia. Dr. Piotr Trzciński, lekarz okręgu sędziszowskiego, zmarł w Krakowie, licząc l. 40. B. prof. fizyologii Eckhard zmarł w Giessen w 84 r. życia.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Barker z Chicago mian. kierownikiem lekar. kliniki w Uniwersytecie John Hopkinsa. Doc. Lübscher mian. prof. tytularnym laryngologii w Bernie. Dr. Bötticher mian. prof. nadzwycz. w Giessen.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Krokiewicz: Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc. Pawiński i Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek (c. d.). Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 17. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (c. d.). Klein: Stan obecny nauki o nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, oraz wyniki badania krwi odnośnych przypadków.

— *Krytyka lekarska* Z. 5. Mutermilch: Hipoteza budowy zarodzi. Biegański: O celowości w zjawiskach biologicznych (dok). Bornstein: Wobec niebezpieczeństwa. Żurakowski: Nieco o walce z cholerą.

— *Przewodnik dentystyczny* Z. 3 i 4. Krakowski: O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów (c. d.). Litwin: Działanie arszeniku i kobaltu na miazgę zębową.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 2. Wajgiel: Szkic fizyograficzny Rymanowa-Zdroju i jego okolicy. — Korespondencye: 1) z Truskawca i 2) z Lubienia.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 3. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy. Pelczar: Truskawiec w r. 1905. Ozga: Rozwój Wysowy i jej działanie lecznicze.

— *Lĕkařské rozhledy* Z. 4. Niederle: Luxace kongenitalni či traumatická? Cisler: Ke kasuistice krvácení po tonsillotomii a extrakci zbytnĕlých skořep nosních. Janke; Nebulor, jeden z nových apparátů inhalačních.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 18. Rys; Smrtelna otrava po injekci skopolamino-morfiove. Slavik: Vražda opilého muže uříznutím plodidel a utopením. Záhadný pachatel se sám 3 leta před vraždou kastroval hřebem v poruše duševni. Duševni stav pachatele (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 34. Marfan: Rumień płonicowaty „metadyfteryczny". Bué: Higiena społeczna. Za i przeciw żłobkom.

Nr. 35. Tuffier: Znieczulenie zapomocą atropomorfiny i chloroformu. Bonnaire: Przyczyny i rozwój ronienia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Bernhardt: O niektórych osobliwych porażeniach obwodowych. Israel: O czynnej limfocytozie i mechanice wywędrowywania. Casper: Rzut oka na chirurgię nerek od czasu wprowadzenia kateteryzacyi moczowodów. Fuld: O odczynie surowiczym Kellinga w rakowatości. Ebstein: Istota kąpieli i ich reforma. Ruhemann: Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Heubner: Leczenie kąpielowe w wieku dziecięcym (dok).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 18. Arnold: Znaczenie syntezy, fagocytozy, wydzielania i zwyrodnienia tłuszczu dla wytwarzania się mleka i siary. Pfalz: Znaczenie wzrokowej miarowości dla leczenia krótkiego wzroku. Seggel: W sprawie istoty postępującego krótkowidztwa. Holst: Przyczynek kazuistyczny do etyologii ostrego poprzecznego zapalenia rdzenia w odcinku lędźwiowym. Lomer: Antytyreoidyna Moebiusa w chorobie Basedowa powikłanej z psychozą. Dürig: Przyczynek do leczenia surowicą choroby Basedowa. Rubens: Przypadek ostrej ograniczonej puchliny z białkomoczom ortostatycznym. Neustätter: Ludzka skóra a elektryczność. Tenholt: O chorobie tęgoryjcowej. Paffenholz: Wygodna i prosta strzykawka dla praktyki pedyatrycznej. Lange: Znaczenie zdjęć rentgenowskich dla ortopedyi (dok.). Doerfler: Doświadczenia z zapaleniem wyrostka robaczkowego, z szczególnem uwzględnieniem wczesnej operacyi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18. Neugebauer: Przyczynek do leczenia tężca przyrannego wstrzykiwaniami pod oponę twardą. Detre i Sellei: Hemolityczne działanie jadu tężcowego. Nigris: O karmieniu i przyczynach niekarmienia. Schauenstein: Przyczynek do kazuistyki śródbrzusznych guzów więzadła szerokiego macicy. Goldmann: Czy żelazo drogą wcierań dostaje się do ustroju ludzkiego. Pfeiffer: O nekrotycznem działaniu surowicy prawidłowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 18. Bassenge i Mayer: Szczepienie ochronne przeciw durowi. Hoffmann: Leczenie niedomogi sercowej. Sachs: O zbiorowem działaniu prawidłowych i wytworzonych przez uodpornienie amboceptorów w hemolizie. Radmann: Uwagi nad nagminnem zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych na Szląsku. Wallbaum: O czynnościowych zaburzeniach nerwowych u telefonistek po wypadkach, spowodowanych elektrycznością. Schaudinn i Hoffmann: O znajdowaniu się prątka krętego (*spirochaete*) w soku gruczołów chłonnych u kiłowatych.

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie XXIII-cie Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im Dr. I. Mianowskiego za rok 1904. Biernacki: Co to jest choroba? Nitsch: 1) Doświadczenia z jadem laboratoryjnym wścieklizny. 2) Uwagi nad metodą pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 18 (od dnia 30/IV do 6/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dziew. 30; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 13; zamiejscowych: męż. 13, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 4. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 5, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 9. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 30, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**